

# ‘La Route de la Souffrance’

**RAPPORT DES RESULTATS DE LA RECHERCHE :  
LA VIOLENCE SEXUELLE ET TRANSMIGRANTS SUBSAHARIENS AU MAROC :  
UN PARTENARIAT PARTICIPATIF POUR LA PREVENTION**

Auteurs :

Ines Keygnaert, PRH/ ICRH-Université de Gand, Belgique

Seline van den Aemele, ICRH-Université de Gand, Belgique

Jeroen Keygnaert PRH, Belgique

Dr. Altay Manço, IRFAM, Belgique

Prof.Dr. Marleen Temmerman, PRH/ICRH-Université de Gand, Belgique



**NOTICE IMPORTANTE :**

Aucune mention dans ce rapport ne peut être utilisée, copiée ou diffusée sans citation de la référence du présent rapport :

**Keygnaert I., van den Aemele S., Keygnaert J., Manço A. & Temmerman M. (2009), « La Route de la Souffrance’ Rapport des Résultats de la Recherche. La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc : Un partenariat participatif pour la prévention. », PRH/ICRH/Université de Gand, 1 juillet 2009.**

**REMERCIEMENTS :**

Nous tenons tout particulièrement à remercier le Prof. Dr. Abdessamad Dialmy pour la coordination locale du projet au Maroc. Nous remercions également les 12 Chercheurs Communautaires (Colette Bafuka, Laurianne Bunketi, Chantal Gnahoua, Marie-Noëlle Habineza, Paulin Kuanzambi, Eliane Makiese, Fabrice Mettomo, Charity Momodo, Bodri Mundeke, Adama Ouedraogo, Alima Rachidi, Elizzy Sabou) pour leur participation active à ce projet ainsi que toutes les organisations, institutions et personnes faisant partie du Conseil Communautaire. Sans leur précieuse collaboration, le projet n’aurait pas pu être réalisé.

Nous sommes très reconnaissants envers nos collègues du PRH et du ICRH qui ont contribué à l’analyse des données recueillies ainsi qu’aux assistants et aux étudiants qui ont participé à la retranscription des entretiens et à l’organisation du Séminaire. Enfin, nous tenons à remercier la Loterie Nationale Belge, Créateur de Chances, pour les fonds qui ont permis d’alimenter la gestion de ce projet aussi bien au Maroc qu’en Belgique.

**AUTEURS :**

Ines Keygnaert, ICRH-Université de Gand/PRH, Belgique  
Seline van den Aemele, ICRH-Université de Gand, Belgique  
Jeroen Keygnaert, PRH, Belgique  
Dr. Altay Manço, IRFAM, Belgique  
Prof. Dr. Marleen Temmerman, PRH/ICRH-Université de Gand, Belgique

**REDACTION :**

Amélie Verbraeken  
*Photos : Altay Manço*

**CONTACT:**

**Ines Keygnaert**

PRH/ICRH/ Université de Gand  
De Pintelaan 185 P3  
9000 Gent  
Tel: +32 (0)9/332.35.64  
Fax: +32 (0)9/332.38.67  
E-mail : [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)  
[www.icrh.org](http://www.icrh.org)



*« Oui, quand ils sont venus on était là. (...) Eux, quand ils viennent, ils intimident d’abord les hommes. Les hommes quand ils ont fui, mes enfants ont compris, parce qu’en route là on nous a parlé déjà qu’il y a des gens qui violent même des mamans. Les enfants ont fui avec les hommes. Même les autres enfants de la femme aussi avaient fui mais, les deux là qui étaient restés, qu’on a retenu là, c’est eux qu’on a violé chez les six personnes là.. (...) Deux filles là. L’une avait 14 ans et l’autre avait je crois 17 ans comme ça, on les a toutes violé, celle de 14 ans là si tu vois comment elle saignait, elle saignait oh god. On nous a mis à genoux les mains sur la tête mais, la maman de ces enfants on lui a mis le front par terre à genoux.*

*Bon moi, on ne m’a pas tapé, on a tapé la maman là puis qu’elle pleurait pour ces enfants lorsqu’elle entendait ces enfants, elle doit toujours, toujours, toujours, toujours tu vas parler ; tu vas toujours, toujours, toujours tu vas crier, tu vas crier toujours. Quand tu entends comment ton enfant pleure, tu dois toujours, toujours, toujours crier. Et ça fait mal, très mal (...) Ils déchirent ou ils déshabillent, ils te déchirent directement la culotte, c’est fini hein (pleure). Pardon madame, il faut laisser ça, pardon ça fait mal (...) Ils déchirent les habits comme ça et il fait sortir son sexe et ils mettent l’enfant devant ici, ils mettent derrière. (Devant et derrière?) Oui, dans la bouche. Et si tu vois ça là, c’est comme vraiment les cuisses d’un bébé, si tu vois son sexe là c’est comme les cuisses d’un bébé. Le sang coule à l’enfant là, ils n’ont même pas pitié de ce sang là, l’autre vient et sans capote»*

*Interviewé de la Burkina Faso, Adulte*



## TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION DU PROJET
2. LA VIOLENCE SEXUELLE CONTRE ET PARMI LES TRANSMIGRANTS SUBSAHARIENS AU MAROC
  - 2.1. *METHODOLOGIE*
  - 2.2. *PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DES INTERVIEWES*
  - 2.3. *PERCEPTION DE LA SANTE SEXUELLE*
  - 2.4. *EXPERIENCES DE VIOLENCE*
  - 2.5. *PERCEPTION DE LA PREVENTION*
  - 2.6. *CONCLUSION*
3. ROLE ET POSITION DU SECTEUR DE LA SANTE DANS LA PREVENTION DE LA VIOLENCE SEXUELLE CONTRE ET PARMI LES TRANSMIGRANTS AU MAROC
  - 3.1. *METHODOLOGIE*
  - 3.2. *RESULTATS*
  - 3.3. *INTERPRETATION PAR L'AUTEUR*
  - 3.4. *CONCLUSION*
4. INTERPRETATION DES RESULTATS PAR LE CONSEIL COMMUNAUTAIRE
  - 4.1. *SYNTHESE DES DEBATS DU SEMINAIRE*
  - 4.2. *TEMOIGNAGES DES CHERCHEURS COMMUNAUTAIRES*
5. RECOMMANDATIONS POUR LA PREVENTION
6. ANNEXES
  - 6.1. *LETTRE D'INFORMATION 1*
  - 6.2. *LETTRE D'INFORMATION 2*



## 1. INTRODUCTION DU PROJET

Actuellement, nous constatons que l’attention sur le sujet de la violence contre les femmes et les adolescents, de même que sur la prévention de la violence, s’accroît mondialement. Des recherches internationales ont démontré que les jeunes réfugiés constituent un public particulièrement vulnérable car ils courent un plus grand risque de devenir victimes de violence sexuelle. Dans ce public de réfugiés, ce sont les femmes et les adolescents qui sont les plus vulnérables. Il ne faut cependant pas oublier que les réfugiés de sexe masculin sont également victimes de violence sexuelle.

Bien qu’il existe des outils de prévention de violences sexuelles mondiaux, ceux-ci ne répondent pas toujours directement aux besoins spécifiques des réfugiés, des clandestins et des transmigrants.



Dans ce contexte, un projet de recherche et d’étude sur la violence sexuelle des transmigrants, notamment les transmigrants subsahariens au Maroc, s’imposait.

Grâce à un financement de la Loterie Nationale Belge, ce projet a pu être réalisé dans le cadre d’un « partenariat participatif » qui a pour objectif d’établir un pont entre la recherche et les communautés bénéficiaires.

Le projet a commencé en décembre 2007 et s’est terminé en juin 2009. Le projet est composé de deux volets complémentaires: d’une part, une étude participative sur la violence contre et parmi les transmigrants subsahariens au Maroc, et d’autre part, une autre étude sur le rôle du secteur de la santé dans la prévention de la violence au Maroc.

Le projet a pour objectif de répondre de manière participative aux cinq questions suivantes :

- *Comment les transmigrants subsahariens définissent la santé sexuelle ?*
- *Quelles sont les violences sexuelles que les transmigrants subsahariens subissent dans certaines villes marocaines ?*

- *Comment ces transmigrants perçoivent les facteurs de risque et de protection relatifs aux différentes formes de violence sexuelle ?*
- *Quels sont leurs besoins en matière de prévention et comment considèrent-ils leur propre rôle dans la prévention ?*
- *Quel est le rôle et la position des acteurs du secteur de la santé dans la prévention de la violence sexuelle contre et parmi les transmigrants subsahariens au Maroc ?*

Lors d’une première phase, le Partenariat Participatif a été créé. Ce partenariat fut premièrement instauré par le Conseil Scientifique belgo-marocain. Ce Conseil se compose d’un Coordinateur Général belge (Ines Keygnaert de l’Université de Gand/International Centre for Reproductive Health (ICRH)<sup>1</sup> et Partners in Reproductive Health asbl (PRH)<sup>2</sup> avec Seline van den Ameele, étudiante en Masters en Médecine et Prof. Dr. Marleen Temmerman, directrice du PRH et du ICRH); d’un Coordinateur Local marocain (Dr. Abdessamad Dialmy, professeur associé à l’Université Mohamed V Rabat et quelques assistantes et étudiantes), et enfin d’un Partenaire-Expert belge (Dr. Altay Manço, l’Institut de Recherche, de Formation et d’Action sur les Migrations (I.R.F.A.M.) et son collègue Dina Sensi à Liège, Belgique).

A côté du Conseil Scientifique, un Conseil Communautaire a été créé. Ce Conseil est constitué de chercheurs communautaires, d’associations représentant les transmigrants et réfugiés subsahariens, d’associations de la société civile marocaine, d’ONG internationales, d’organisations et d’institutions internationales et de décideurs politiques.

Après avoir créé le Partenariat Participatif, douze transmigrants subsahariens, hommes et femmes, ont été recrutés au printemps 2008 et ont été formés en juin 2008 pour collaborer en tant que « chercheurs communautaires » au premier volet du projet.

Lors de la deuxième phase, de juillet à septembre 2008, les chercheurs communautaires (CC) ont effectué 154 entretiens. Les enquêtes ont été effectuées dans les villes de Rabat, Casablanca, Tanger et Fès. La ville d’Oujda a dû être remplacée par celle de Fès pour des raisons de sécurité relative aux chercheurs communautaires qui y résidaient.

Parallèlement, Seline van den Ameele, étudiante en deuxième année de Masters en Médecine au ICRH, a mené une étude conjointe dont le but était d’examiner le rôle et la position de différents acteurs dans le domaine de la santé de la prévention de la violence sexuelle contre et parmi les transmigrants subsahariens au Maroc. En juillet 2008, 24 entretiens avec des professionnels de la santé à Rabat, Casablanca et Fes ont été réalisés (composés de 20 entretiens semi-structurés, 4 questionnaires écrits).

Durant la troisième phase, les entretiens ont été transcrits.

Ensuite, les chercheurs se sont équipés d’un logiciel d’analyse pour encoder et traiter les entretiens de façon brute. Afin de pouvoir interpréter, nuancer, préciser et valider les résultats, et afin d’établir des recommandations générales de prévention avec le Conseil Communautaire, ces données préliminaires ont été présentées et discutées lors d’un Séminaire tenu le 6 mai en présence d’une cinquantaine de participants, à la Faculté des Sciences de l’Éducation de l’Université Mohamed V à Rabat.

Après le séminaire, l’équipe belge a procédé à l’analyse de tous les entretiens. Ils ont rédigé le présent rapport avec les résultats de recherche de base qui révèlent premièrement : les données quantitatives finales, deuxièmement : les grandes lignes de l’analyse qualitative de base, et troisièmement : la formulation des recommandations basée sur l’interprétation des résultats présentés lors du Séminaire avec le Conseil Communautaire.

Nous élaborerons l’analyse qualitative vers fin 2009-début 2010. Un processus sera lancé qui aboutira à une série d’articles scientifiques en anglais et en français destinés à des revues spécialisées, ainsi qu’à un

<sup>1</sup> ICRH est le Centre International de Santé Reproductive

<sup>2</sup> PRH est l’asbl Partenaires en Santé Reproductive



‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention

ouvrage global en français destiné à un public plus large d’acteurs sociaux. Un séminaire en Belgique sera également organisé lors de l’apparition de cet ouvrage.

Entretemps, le Conseil Communautaire et les Chercheurs Communautaires ont déjà commencé à nouer des liens au Maroc afin de mobiliser des partenaires déterminants qui pourraient contribuer à la mise en place progressive des recommandations formulés.





*« Je connais une copine. Elle a voulu partir en France et elle a un faux document, arrivé à l’aéroport Mohamed V, les policiers l’ont vue, ils l’ont attrapée et l’ont amenée à Casa à la préfecture et c’est de là-bas qu’on te jette à Oujda, à la forêt. Arrivée là bas elle ne connaissait pas par où sortir, elle ne connaît même pas le chemin, elle n’avait même pas de l’argent pour payer le transport. Elle a rencontré beaucoup de gens là bas, la majorité lui disait seulement de faire l’amour. Tout le monde voulait coucher avec elle, là-bas les gens sont fous, ils sont malades, ils ont une autre vision, elle a été violente, abusée sexuellement et elle n’avait pas le choix la pauvre. Les choses qu’elle a vues là-bas, elle a fait un mois et demi, qui vont la faire sortir ? Qui va lui donner de l’argent ? Personne !*

*Et c’est là-bas des bandits qui lui ont dit on va te faire sortir d’ici mais à condition que tu couches avec nous, ma copine a refusé, elle a refusé pratiquement. Toutefois on lui disait ça elle refusait, elle disait moi, Dieu va me faire sortir de là, je vais attendre je vais sortir je sais que Dieu ne m’a pas abandonné et je vais sortir d’ici. Mai toutefois, elle n’avait pas à manger elle ne se lavait même pas, elle n’a pas à boire, elle a cédé, elle a couché avec les gens. Les gens l’ont pris forcément elle a cédé en l’espoir qu’on lui fasse sortir du désert mais elle n’est pas sortie, les bandits ont fuit et ils l’ont laissée là-bas c’est elle-même qui s’est battu pour sortir de là-bas, d’Oujda le désert. Elle est venue ici à Casa, elle était mince, elle avait maigri d’une manière méconnaissable.(...)*

*Et la fille quand elle est venue à Casa elle a fait le test de grossesse, elle était enceinte et c’est une organisation des médecins sans frontière, on l’a aidé et on lui a donné les médicaments et un ami à elle, celui qui sortait avec elle avant a donné un peu d’argent pour acheter les médicaments pour enlever la grossesse, ma copine a voulu avoir un enfant, enfant indésiré. Moi je prie Dieu de ne plus subir ces choses là, moi-même je ne veux pas subir ces choses là mais Dieu merci qu’elle a enlevé la grossesse. On n’a pas le choix, elle n’avait pas le choix, elle a enlevé la grossesse.*

*Interviewé de la Côte d’Ivoire, Jeune*



## **2. LA VIOLENCE SEXUELLE CONTRE ET PARMI LES TRANSMIGRANTS SUBSAHARIENS AU MAROC**

### **2.1 METHODOLOGIE**

Partant d’un point de vue environnemental de la prévention de la violence et de la promotion de la santé sexuelle, le Conseil Scientifique a adopté une approche triangulaire de recherche qualitative, formative et appliquée: la « Community Based Participatory Research » (CBPR, Recherche Participative Basée sur une approche Communautaire)

En santé publique, la CBPR se focalise sur les inégalités sociales, structurelles, physiques et environnementales. C’est une approche collaborative conçue pour assurer et établir des structures de participation des communautés de la population ciblée, des associations de la société civile, des ONG internationales, des organisations et institutions globales, des décideurs politiques et des chercheurs concernés par le sujet de l’étude, et ceci dans tous les aspects du processus de recherche.

Un partenariat doit réunir ces acteurs. Cette approche a pour but d’intégrer la connaissance accumulée aux interventions et modifications de la politique afin d’améliorer la santé et la qualité de vie de la communauté, ainsi que le changement social.

Cette approche de recherche repose sur 5 principes :

- La participation active des chercheurs communautaires et du Conseil Communautaire dans toutes les phases du projet de recherche.
- La co-étude et le transfert d’expertises mutuelles de tous les acteurs dans toutes les phases du projet. Chaque acteur dispose d’une expertise qui contribue à la plus-value du projet, par conséquent, il est impératif d’échanger et de valoriser chacune de ces expertises.
- Une communauté est perçue comme une unité d’identité commune qui intègre plusieurs aspects d’identités qui vont bien au-delà des aspects géographiques. En appliquant la méthode, les acteurs créent une nouvelle communauté : celle de la prévention de la violence contre et parmi les transmigrants au Maroc.
- L’« empowerment »/le renforcement de tous les acteurs dans toutes les phases du projet. En participant au projet, chaque acteur renforce sa capacité et devient un levier de prévention au sein de sa propre communauté. En outre, une dizaine de transmigrants clés seront formés et professionnalisés afin de devenir des chercheurs communautaires et des partenaires. Ils développeront ainsi des compétences professionnelles, et pourront être utiles et stabilisés dans le secteur de l’aide humanitaire au Maroc.
- Le but d’un projet de recherche CBPR est d’atteindre un changement durable au niveau structurel et individuel du secteur de la santé et du bien-être de la population cible à travers un partenariat pour la prévention.

De décembre 2007 à février 2008, suite à de multiples réunions au Maroc et en Belgique, le Partenariat Participatif fut créé. Ce partenariat est composé d’un Conseil Scientifique belgo-marocain et d’un Conseil Communautaire, réunissant ainsi les acteurs cruciaux. Au printemps 2008, 25 candidats, dont douze transmigrants subsahariens, 8 femmes et 4 hommes, ont été recrutés. Ils sont d’origine congolaise, camerounaise, angolaise, centre-africaine, nigériane et ivoirienne.

En juin 2008, les chercheurs communautaires ont participé à une formation de 30 heures organisée par le Conseil Scientifique et quelques membres du Conseil Communautaire afin d’être préparé à collaborer en tant que « chercheurs communautaires » sur le premier volet du projet. Un certificat de participation leur a été délivré par le PRH/ICRH/Université de Gand et l’IRFAM.



Dans une deuxième phase, le travail sur le terrain a commencé. Nous avons opté pour des entretiens approfondis. Le questionnaire et le formulaire de consentement ont été minutieusement traités et adaptés avec les chercheurs communautaires afin de les rendre culturellement compatibles. Après l’approbation du Comité Ethique de l’Hôpital Universitaire de Gand, les questionnaires ont été traduits et retraduits afin de pouvoir les utiliser sur le terrain. L’échantillonnage a été fait par la technique ‘Respondent Driven Sampling’ (l’échantillonnage entraîné par les interviewées).

Entre juillet et septembre 2008, les 12 chercheurs communautaires ont effectués 154 entretiens valides avec des pères-transmigrants à Rabat (46), Casablanca (30), Tanger (31) et Fès (47). La ville d’Oujda a dû être remplacée par Fès pour des raisons de sécurité relative aux chercheurs communautaires qui y résidaient. Les deux coordinateurs les ont soutenus dans leur travail de terrain. A la fin de cette deuxième phase, une première lettre d’information sur les deux premières phases a été diffusée au Conseil Communautaire ainsi qu’à un public plus large au Maroc et en Europe.

Dans une troisième phase, les 154 entretiens ont été transcrits ad verbatim<sup>3</sup>. Début décembre 2008, le Conseil Scientifique s’est réuni en Belgique et a entamé le processus d’analyse en utilisant le logiciel d’analyse « Nvivo8 ». Afin de pouvoir interpréter, nuancer, préciser, et valider les résultats, et aussi pour pouvoir établir des recommandations de prévention ensemble avec le Conseil Communautaire, les données préliminaires ont été présentées et discutées lors d’un Séminaire, tenu le 8 mai en présence d’une cinquantaine de participants, à la Faculté des Sciences de l’Education de l’Université Mohamed V à Rabat. Une deuxième lettre d’information donnant les conclusions et les recommandations du Séminaire fût élaborée.

Après le séminaire, l’équipe belge a procédé à l’élaboration de l’analyse quantitative et qualitative de tous les entretiens. Ils ont rédigé le présent rapport avec les résultats de recherche de base qui révèlent premièrement : les données quantitatives finales, deuxièmement : les grandes lignes de l’analyse qualitative de base, et troisièmement : la formulation des recommandations basée sur l’interprétation des résultats présentés lors du Séminaire avec le Conseil Communautaire.

Nous élaborerons l’analyse qualitative vers fin 2009-début 2010. Un processus sera lancé qui aboutira à une série d’articles scientifiques en anglais et en français destinés à des revues spécialisées, ainsi qu’à un ouvrage global en français destiné à un public plus large d’acteurs sociaux. Un séminaire en Belgique sera également organisé lors de l’apparition de cet ouvrage.

Entretemps, le Conseil Communautaire et les Chercheurs Communautaires ont déjà commencé à nouer des liens au Maroc afin de mobiliser des partenaires déterminants qui pourraient contribuer à la mise en place progressive des recommandations formulés.

## **2.2 PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DES INTERVIEWES**

Afin d’obtenir une vue d’ensemble claire sur le profil sociodémographique des interviewés, nous leur avons posé des questions sur leur identité, leur lieu d’habitation, leur niveau d’éducation, leur titre de séjour et leurs activités quotidiennes. Voici les résultats des 154 interviewés au moment des entretiens approfondis (juillet 2008-fin septembre 2008) :

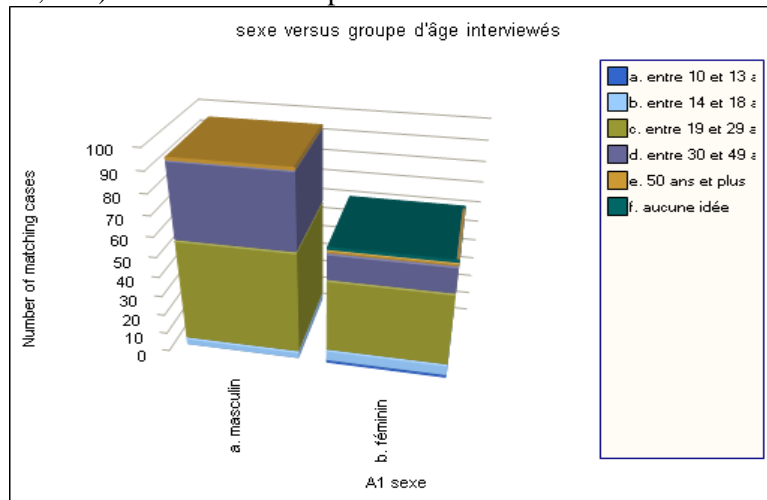
**Sexe/Âge :** 60 (35,75%) des interviewés sont des femmes et 94 (64,25%) sont des hommes. 100 répondants (64,93%) avaient un âge inférieur à 30 ans. Parmi eux 89 (soit 56,02%) avaient entre 19 et 29 ans et 11 interviewés étaient des mineurs. 53 (soit 34,4%) interviewés avaient un âge supérieur à 30 ans. D’entre eux il y en avait 3 qui avaient plus de 50 ans. L’âge d’une personne interviewé n’a pas pu être précisé.

---

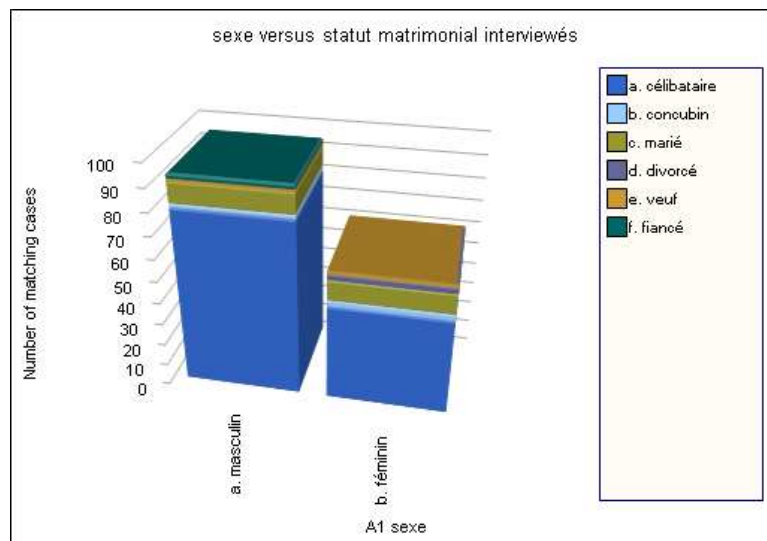
<sup>3</sup> Ad verbatim=fidèlement



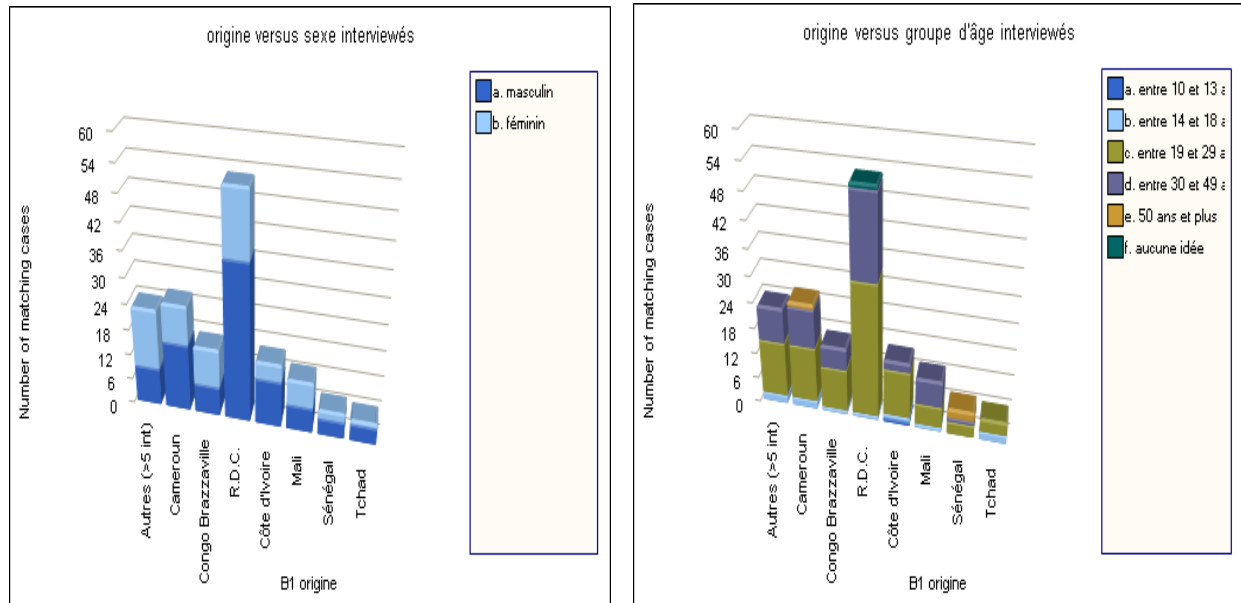
Quand on regarde le sexe des interviewés on voit que presque la moitié des hommes interviewés (52 ou 55, soit 32% des hommes) avaient entre 19 et 29 ans bien que 37 hommes (39, soit 36% d’eux) avaient entre 30 et 49 ans. Parmi les femmes 37 (soit 61,67%) avaient entre 19 et 29 ans, 11 (soit 18,33%) avaient moins de 19 ans et 16 (soit 26,67%) avaient 30 ans ou plus.



**Etat civil :** Une minorité (25 ou 16,23%) des interviewés vivaient en couple (mariés, en concubinage ou fiancés) bien que 129 interviewés (soit 83,77%) étaient célibataires, divorcés ou veufs. Les femmes interviewés avaient plus tendance que les hommes à vivre en couple: 12 ou 20% des femmes par rapport à 13 ou 13, 83% des hommes.

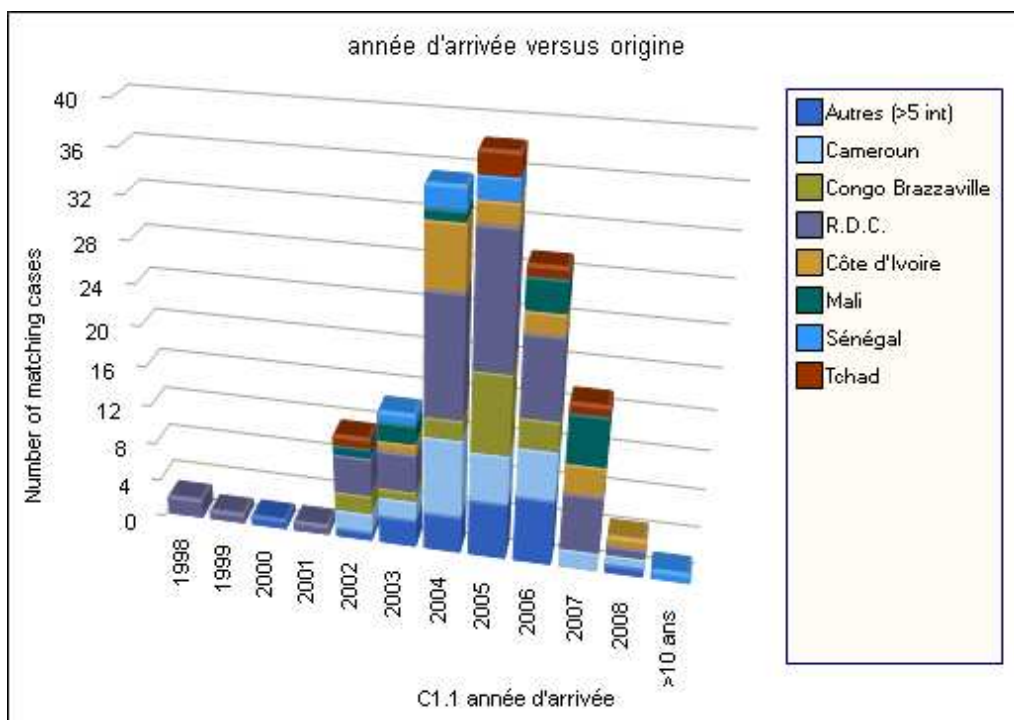


**Pays d'origine :** La plus grande partie des interviewés (52 soit 33,77%) étaient originaires de la République Démocratique du Congo, suivi par le Cameroun (25 soit 16,23%), le Congo Brazzaville (16 soit 10,39%), la Côte d'Ivoire (15 soit 9,74%) et le Mali (12 soit 7,79%). Les autres interviewés (moins de 7 par pays) étaient originaires des pays suivants : l'Angola, le Bénin, le Burkina Faso, l'Afrique Centrale, le Gabon, la Guinée, le Niger, le Nigeria, le Rwanda, le Sénégal, le Tchad et le Togo. Nous avons constaté que pour chaque pays d'origine, il existait une répartition de deux tiers des hommes contre un tiers des femmes, à l'exception des interviewés du Congo Brazzaville (9 femmes-7 hommes) et de Centre-Afrique (3 femmes-un homme). Il n'y a pas de déviance à ce qui concerne l'âge avec comme majorité un âge entre 19 et 29 ans.

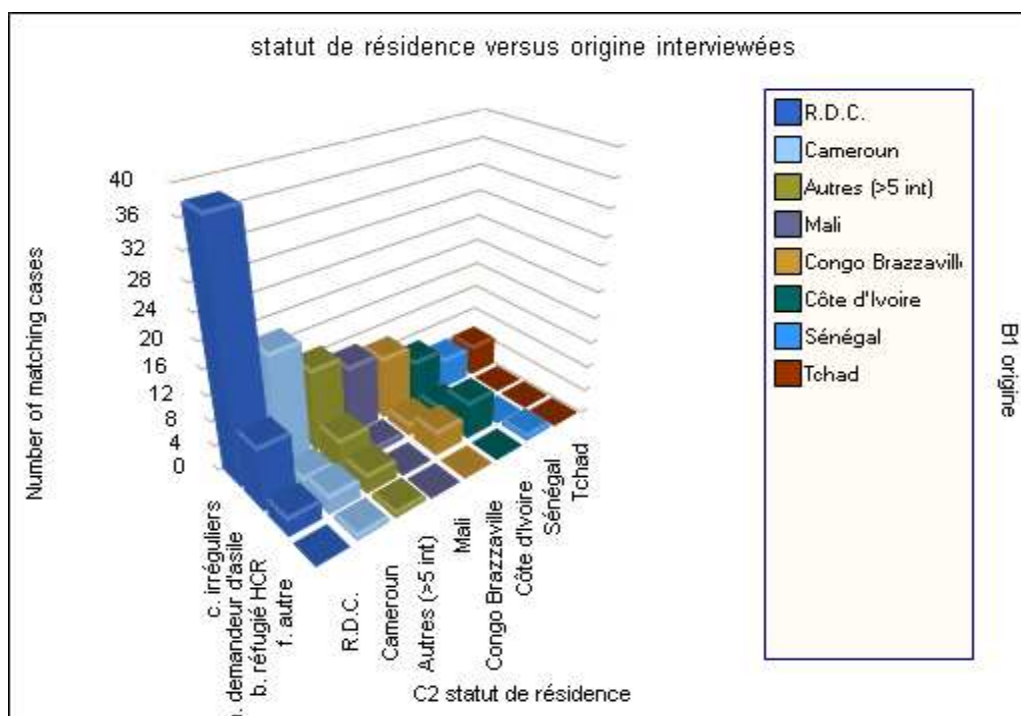


**Religion :** 152 (98,7%) des interviewés se disaient croyants. Parmi eux 114 (74,03%) sont chrétiens (catholique, protestant ou pas spécifié) et 32 (20,78%) sont musulmans. Proportionnellement, il y a un peu plus des hommes (22 soit 23,40%) que des femmes (10 soit 16,67%) qui sont musulmans ou protestants (20 soit 21,28% des hommes et 8 soit 13,33% des femmes). La grande majorité (80 soit 51,95% de tous les interviewés) des chrétiens provenaient de la République Démocratique de Congo, du Congo Brazzaville ou du Cameroun. La plupart des musulmans provenaient du Mali (8), de la Côte d'Ivoire (6) et du Sénégal (4).

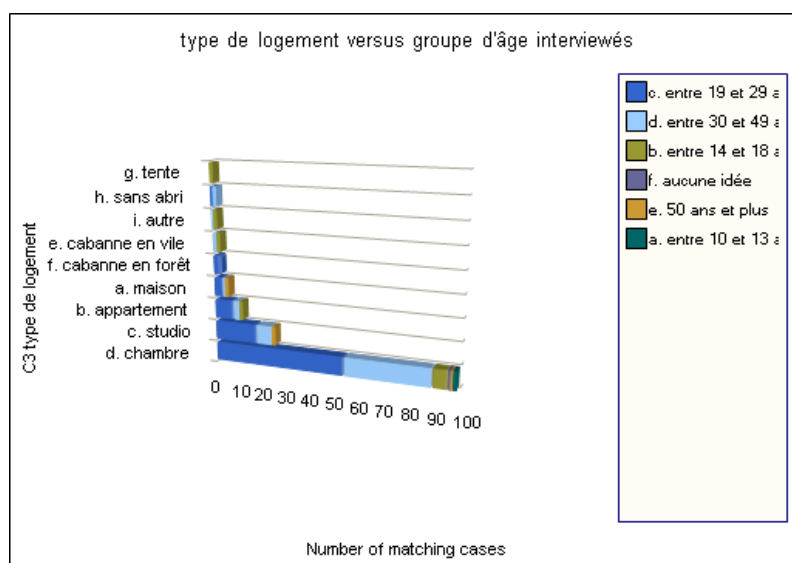
**Au Maroc depuis :** 16 interviewés (10,39%) étaient au Maroc depuis plus de 5 ans. La majorité est arrivée en 2005 (38 soit 24,68%), 2004 (35 soit 22,73%) et 2006 (29 soit 18,83%). Tenant compte du sexe, de l'âge et de l'origine nous ne voyons pas de déviance à ce qui concerne l'année d'arrivée au Maroc. Hormis les interviewés provenant du Mali, nous constatons que la majorité (8 des 12) sont arrivés au Maroc après 2005.



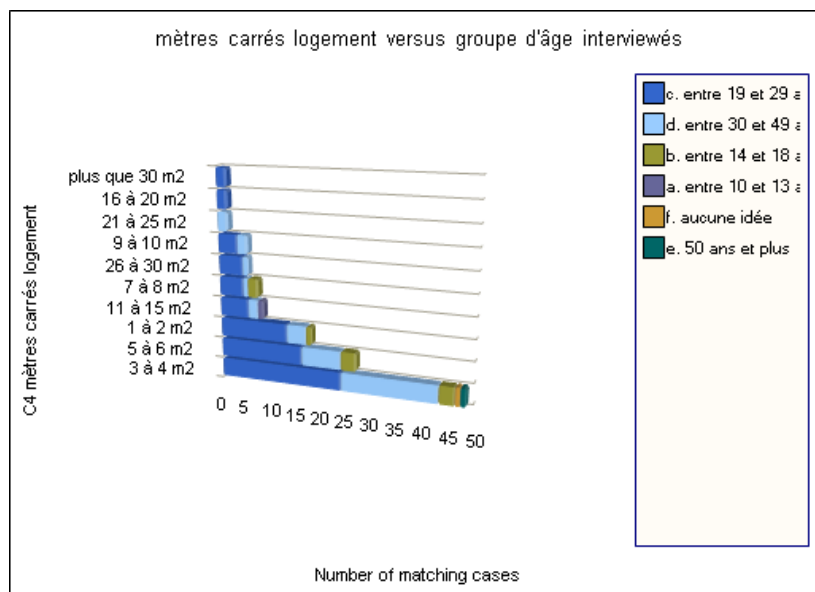
**Titre de séjour :** Au moment de l’entretien, la majorité des interviewés (96 soit 62,34%) étaient des transmigrants irréguliers (sans titre de séjour). Par ailleurs, il y avait 22 (14,29%) demandeurs d’asile et 19 interviewés (12,34%) étaient réfugiés du HCR. Pour les transmigrants irréguliers, nous constatons une répartition égale entre hommes et femmes. Parmi les demandeurs d’asile par contre, il y a plus d’hommes (16 soit 17,02%) que des femmes. En ce qui concerne l’origine, les données montrent que presque tous les Maliens (11 des 12) et tous les Tchadiens étaient des transmigrants irréguliers. Plus de la moitié des Ivoiriens et 10 Congolais étaient des demandeurs d’asile.



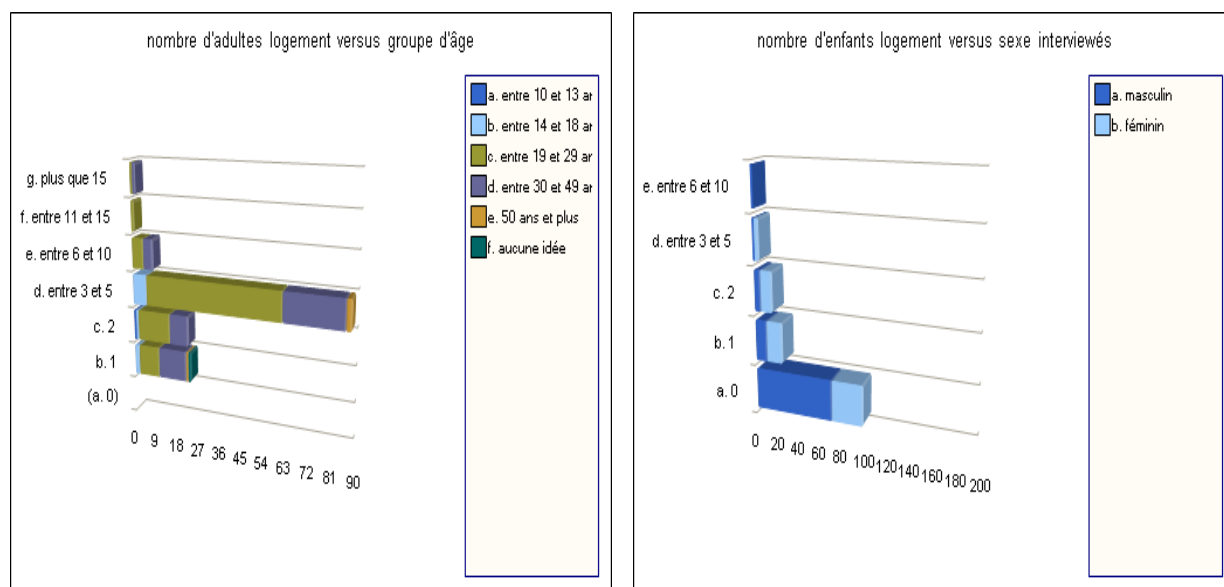
**Logement actuel :** Au moment de l’entretien, 99 (64,29%) des interviewés vivaient dans une chambre, 26 (16,88%) dans un studio, 18 (11,69%) dans un appartement ou dans une maison. 9 (5,84%) vivaient dans une cabane en ville, dans la forêt, sous une tente, ou étaient sans abris. De 2 interviewés le logement était autrement décrit. Il paraît que les femmes étaient un peu mieux logées que les hommes avec seulement 2 femmes habitant en cabane, en tente ou dans la forêt.



L’habitation de 96 interviewés (62,34%) mesurait moins de 7 m<sup>2</sup>. Pour 23 cas (14,94%) il n’y avait pas de réponse ‘applicable’ à cette question.



La majorité des interviewés (101 soit 65,58%) devaient partager ce logement avec plus de 3 adultes bien que 25 d’entre eux (16, 23%) partageaient leur logement avec 1 adulte et 24 (15,58%) avec 2 adultes. Les femmes ont tendance à cohabiter avec moins d’adultes que les hommes: 25 soit 41,67% d’entre elles affirment partager leur logement avec moins de 3 adultes bien que chez les hommes ce pourcentage est réduit jusqu’au 25%. La majorité des interviewés (103 ou 66,88%) ne partageaient leur logement avec aucun enfant. 26 (16,88%) vivaient avec 1 enfant et 24 (15,58%) avec plusieurs. La moitié des femmes partageaient leur logement avec un ou plusieurs enfants. Chez les hommes, ce chiffre ne s’élève qu’à 19 soit 20,21% vivant avec un ou plusieurs enfants dans le même espace.



En ce qui concerne les sanitaires : 90 (58,44%) interviewés ont une combinaison toilette-douche ou une salle de bain dans leur logement, 44 (28,57%) ont seulement une toilette et 19 (12,34%) n’ont que des

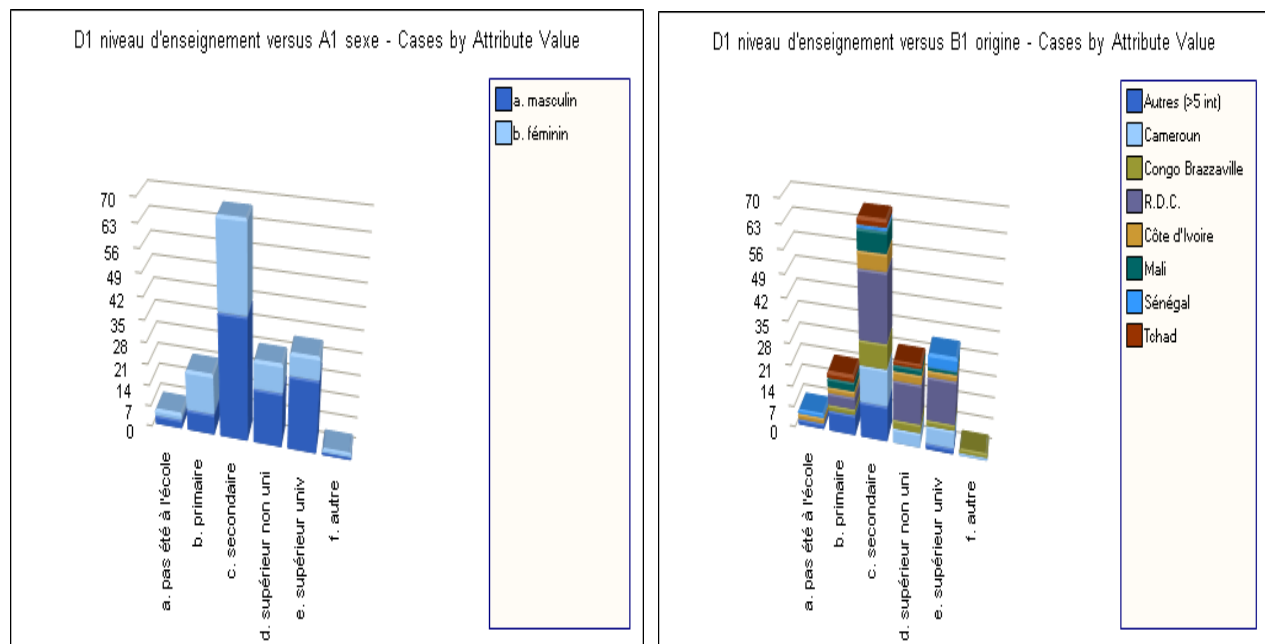


sanitaires primitifs tels qu’une toilette collective, un trou ou pas de sanitaires du tout. Parmi ces derniers, 15 des interviewés sont des hommes et 5 sont d’origine camerounaise.

**Enfants à charge :** 98 interviewés (63,64%) n’avaient pas d’enfants à charge. 26 (16,88%) avaient 1 enfant à charge et 30 (19,48%) plusieurs. Les femmes ont plus d’enfants à charge que les hommes : 45% des femmes avaient un ou plusieurs enfants à charge comparé à 30,85% des hommes. Parmi les adultes entre 29 et 49 ans, nous constatons un pourcentage plus élevé avec des enfants à charge : 22 des 50 (44%) par rapport au 30 des 89 (33,7%) interviewés entre 19 et 29 ans.

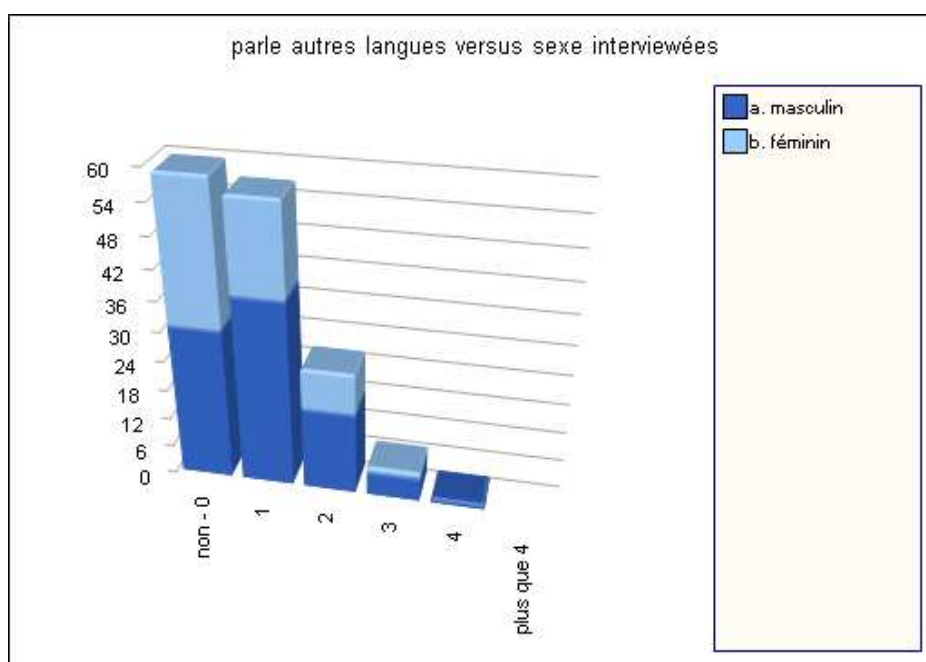
Tenant compte de l’origine, nous voyons que ce sont les Congolais (RDC) qui ont le plus d’enfants à charge (23 des 52 soit 44,23%). Pour le Cameroun, le Congo Brazzaville, et la Côte d’Ivoire, un total de 12 des 56 interviewés (21,42%) avaient un ou plusieurs enfants en charge. Le fait d’être en couple a un effet bénéfique : 80% (20 des 25 interviewés en couple) avaient un ou plusieurs enfants à charge comparé à 27,90% des personnes seules (36).

**Niveau d’éducation :** 58 interviewés (37,66%) ont suivi des études supérieures, 67 (43,5%) ont terminé l’enseignement secondaire et 25 (16,23%) ont terminé l’enseignement primaire ou n’ont pas été à l’école. Les hommes paraissent avoir suivi une éducation plus élevée que les femmes: 42 (44,8%) des hommes ont suivi un enseignement supérieur et 40 (42,55%) avaient terminé l’enseignement secondaire, comparé à respectivement 16 (26,67%) et 27 (45%) femmes. Au vu de l’origine de ceux qui ont un niveau d’éducation élevé, il y a deux pays qui ressortent : la RDC dont 27 des 52 interviewés ont suivi un enseignement supérieur et 20 un enseignement secondaire, et le Cameroun dont 11 des 25 interviewés ont suivi un enseignement supérieur et 12 ont terminé l’école secondaire.



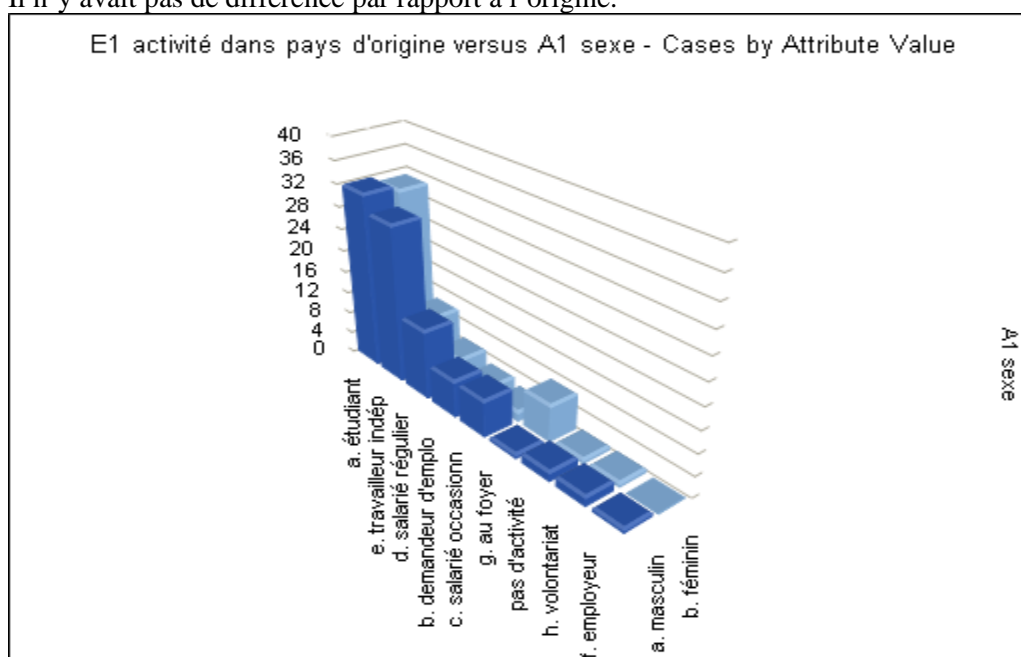
**Compétences en langues :** 121 (78,57%) parlaient et 84 (54,55%) écrivaient couramment leur langue maternelle. Les hommes maîtrisent mieux leur langue maternelle que les femmes avec 77 ou 81,91% parmi eux qui la parlent couramment et 56 ou 59,57% qui l’écrivent. Seulement 5 (3,25%) de tous les interviewés parlaient l’arabe couramment, dont 4 étaient des femmes. 82 (53,25%) ne parlaient pas du tout l’arabe et seulement 13 (8,44%) disaient qu’ils écrivaient l’arabe avec peine. 134 (87,01%) parlaient couramment et 125 (81,17%) écrivaient le français. Les hommes (82 ou 87,23%) l’écrivaient mieux que les femmes (43 ou 71,67% d’elles). 59 (38,31%) du total des interviewés ne parlaient pas d’autre langue hormis leur langue maternelle. 56 (36,36%) parlaient une autre langue et 32 (20,78%) en parlaient même plusieurs. 7 interviewés n’ont pas répondu à cette question. 61 hommes (64,89% d’eux) et 27 femmes (45%) parlaient une ou plusieurs autres langues.

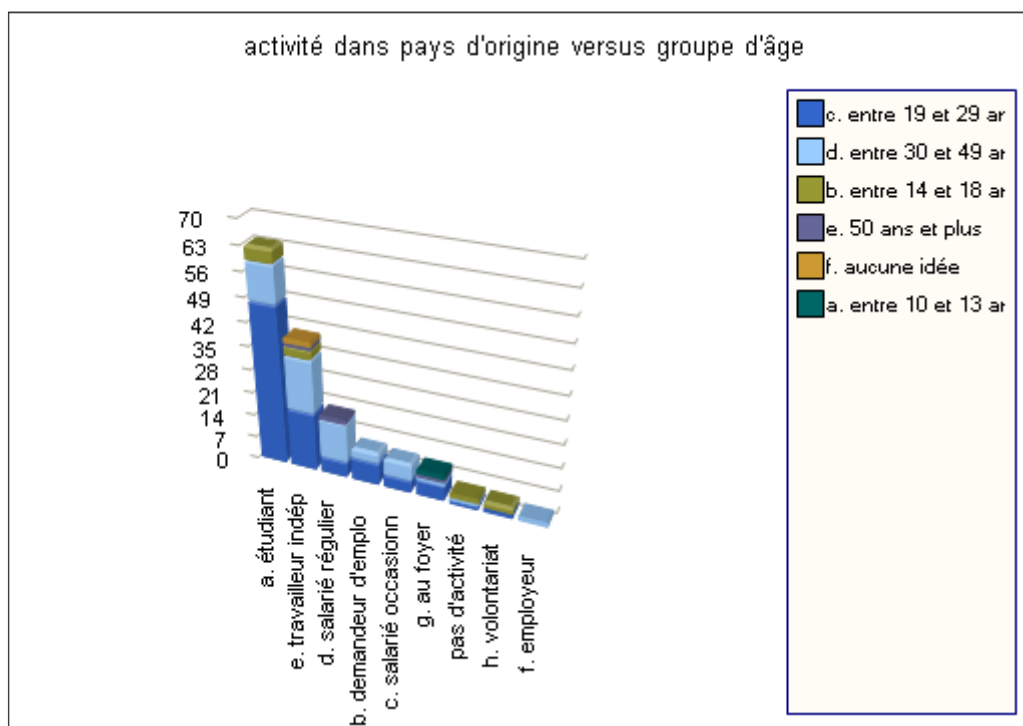




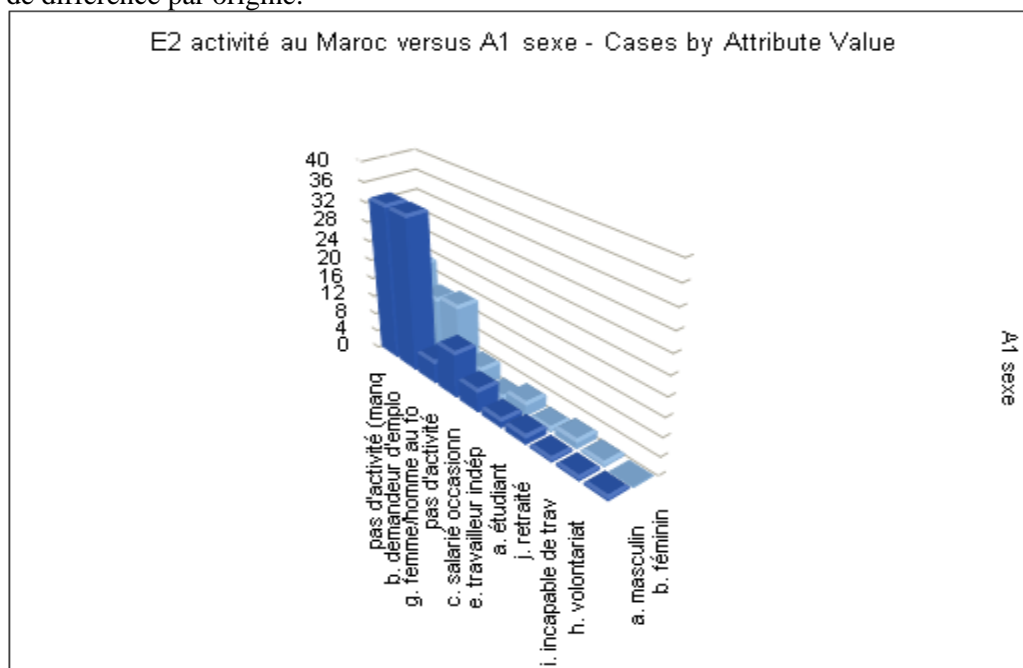
Nous constatons de nouveau que ce sont les interviewés d’origine congolaise et camerounaise qui font monter ces pourcentages: 37 des 52 Congolais et 18 des 25 Camerounais parlent au moins une autre langue. Les plus âgés des interviewés ont une connaissance de langues élevée : 33 des 50 (66%) personnes entre 30 et 50 ans comparé à 47 des 89 (52,80%) entre 19 et 29 ans.

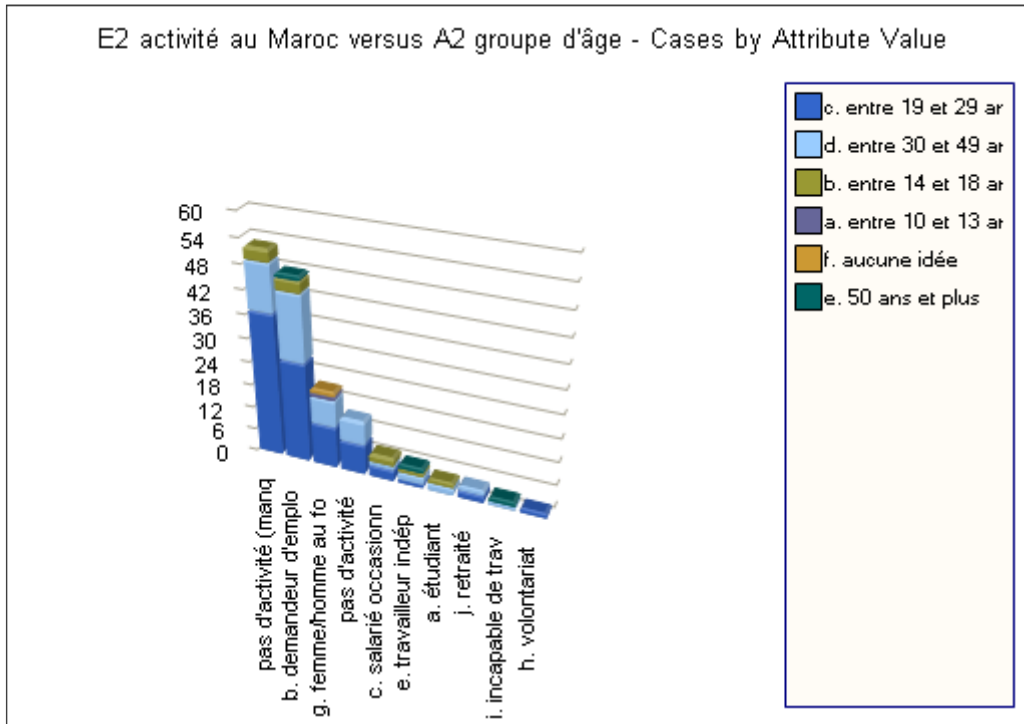
**Activités quotidiennes dans le pays d’origine :** 66 (42,86%) recevaient un salaire (régulier ou occasionnel) ou étaient des travailleurs indépendants. 87 (56,49%) des interviewés n’avaient pas d’emploi salarié. Parmi ces derniers, la grande majorité étaient étudiants : 63 (40,91%) de tous les interviewés. Seulement 10 (6,49%) étaient demandeurs d’emploi. Nous constatons qu’il y a un peu plus de femmes (31 ou 51,67% d’elles) qui étaient étudiantes que les hommes (32 ou 34,04% d’eux). Par contre, les hommes salariés gagnaient plus ou plus étaient des travailleurs indépendants (49 ou 52,13%) que les femmes (17 ou 28,33%). Il n’y avait pas de différence par rapport à l’origine.





**Activités quotidiennes au Maroc :** 11 (7,14%) recevaient un salaire occasionnel ou étaient travailleurs indépendants. 138 (89,61%) n'avaient pas d'emploi salarié : 47 d'entre eux (30,52%) étaient demandeurs d'emploi et 52 (33,77%) étaient inactifs par manque de papiers. Il y avait seulement 3 étudiants. 20 (12,99%) se disaient femme/homme au foyer et 14 (9,09%) n'ont pas précisé pourquoi ils étaient inactifs. Nous constatons une différence de pourcentage nette entre les hommes et les femmes qui sont demandeurs d'emploi ou inactifs : 76 ou 80,85% des hommes comparé à 37 ou 60% des femmes. Ceci peut être expliqué par le fait que 15 ou 25% des femmes disent être femme au foyer comparé à 5 ou 5,32% des hommes. Chez les adultes entre 30 et 49 ans nous voyons que 15 des 50 (30%) ont un salaire ou sont travailleur indépendant bien que chez les jeunes ce n'est que 16 (17,98%). Nous voyons également que ce dernier groupe a un nombre plus élevé d'être sans papiers : (37 ou 41,57% comparé avec 12 ou 24%). Il n'y a pas de différence par origine.

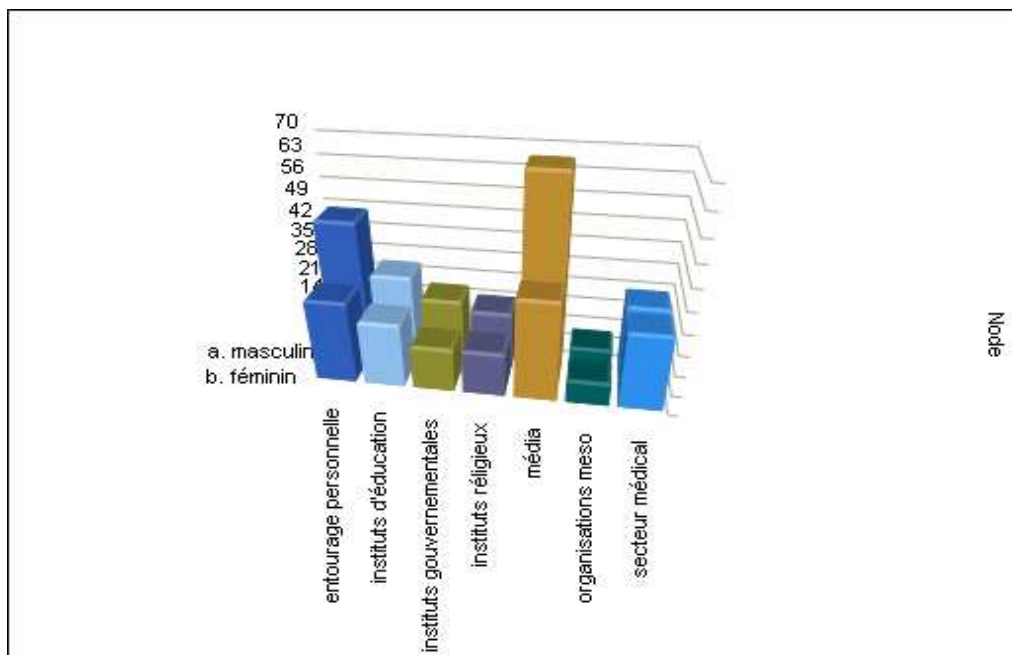




## 2.3 PERCEPTION DE LA SANTE SEXUELLE

### 2.3.1 Informations sur la santé sexuelle dans les pays d'origine : cadre de référence

**Général :** La principale source d'information sur la santé sexuelle que nous avons pu identifier sont les médias. 100 interviewés (64,94%) ont cités un ou plusieurs médias comme source principale d'information. Les médias les plus importants étaient la radio et la télé (77 interviewés soit 50% du total). 23 (14,94%) interviewés ont indiqué les médias de masse comme source principale, 20 (12,99%) la presse écrite, et 12 (7,79%) le cyber ou l'internet.



La deuxième source d'information importante que nous avons pu identifier est l'entourage personnel par 75 soit 48,70% des interviewés. Parmi eux 25 (16,23%) ont décrit leur entourage personnel comme étant: des ami(e)s, 23 (14,94%), le bouche à oreille et 15 (9,74%) comme la famille.

A la troisième place se trouvent le secteur médical (52 soit 33,77%) et l'école. Dans le secteur médical ce sont l'hôpital (28 - 18,18%) et les centres de santé (12- 7,79%) qui constituent les sources d'information les plus importantes. 38 (24,68%) interviewés ont dit que les institutions gouvernementales étaient également importantes, surtout au travers des campagnes de sensibilisation (25 soit 16,23% des interviewés), 18 interviewés (11,69%) ont cités des organisations tels que les ONG's (9 soit 5,84%) et les associations (aussi 9).

Au total, 23 interviewés ont nuancé leurs réponses : 10 affirmaient qu'il y existait toujours de grands tabous autour de la question de la santé sexuelle, et 5 disaient que dans la famille on n'en parlait pas. Comparativement aux hommes, nous avons constaté que les femmes citaient plus fréquemment comme sources d'information : le secteur médical (26 soit 43,33% d'elles - 26 soit 27,66% d'eux), les instituts religieux (15 soit 25% - 20 soit 21,28%) et les associations au niveau méso (8 soit 13,33% d'elles - 10 soit 10,64% d'eux). Les hommes accordent donc plus d'importance aux médias que les femmes : 66 hommes (70,21%) comparé à 34 femmes (soit 56,67%). Ceci vaut également pour les jeunes (62 soit 69,66% d'd'entre eux) comparé aux adultes entre 30 et 49 ans (31 soit 62% d'entre eux). Pour ces derniers, des organisations au niveau méso (10 soit 20%) et l'entourage personnel (27 soit 54% d'entre eux) sont plus importants que pour les jeunes (7 soit 7,8% et 43 soit 48,31 % d'entre eux). Nous n'avons pas constaté de différence importante par rapport à l'origine.

Lorsque nous demandions aux interviewés s'il existait une différence dans les sources d'information sur la santé sexuelle entre hommes et femmes, 92 interviewés (59,74%) répondaient que c'était pareil pour les deux sexes. Cependant 57 (soit 37,01%) d'd'entre eux affirmaient qu'il existait bien des nuances. La nuance la plus importante était que les hommes se tourneraient plus souvent vers les médias et l'internet (16 interviewés soit 10,39%) ou vers des ami(e)s (9 soit 5,84%) alors que les femmes consulteraient plus souvent leurs (grand-) mères (8 soit 5,19%), des associations ou des sources dans le secteur médical (8 pour chaque soit 5,19%). Ce sont surtout les jeunes entre 19 et 29 qui sont de cet avis.

A la question de savoir s'il existait une différence entre les sources d'information pour adultes et pour jeunes, 70 interviewés (45,45%) ont donné une réponse nuancée et 13 interviewés (8,44%) ont affirmé que les jeunes avaient des sources différentes. Pour les jeunes, les médias (75 interviewés soit 48,70%) demeurent la source d'information principale et l'entourage personnel joue un rôle plus important (69 interviewés soit 44,81%). Les institutions pédagogiques sont la seule catégorie de sources d'information citées plus fréquemment par les jeunes que par les adultes (54 interviewés soit 35,06%). Le secteur médical (52 soit 33,77%), les institutions gouvernementales (27 soit 17,53%), instituts religieux (22 soit 14,29%), et des organisations au niveau méso (7 soit 4,55%) reçoivent moins d'attention par les jeunes d'autant plus que 27 interviewés (17,53%) ont nuancés leurs réponses. Les principales nuances faites par les jeunes portaient surtout sur le fait que le sujet était rarement abordé avec les parents et avec les personnes plus âgées.

Les interviewés des deux sexes ont donné des réponses similaires, à l'exception d'un plus grand pourcentage de femmes (26 soit 43,33% entre elles) qui donnent plus d'importance aux institutions pédagogiques que les hommes (28 soit 18,18%). Le fait que l'entourage personnel a plus de poids parmi les jeunes apparaît très clairement chez les jeunes congolais, ou 22 jeunes ont cité cette catégorie comme importante, comparé à 18 des congolais adultes.

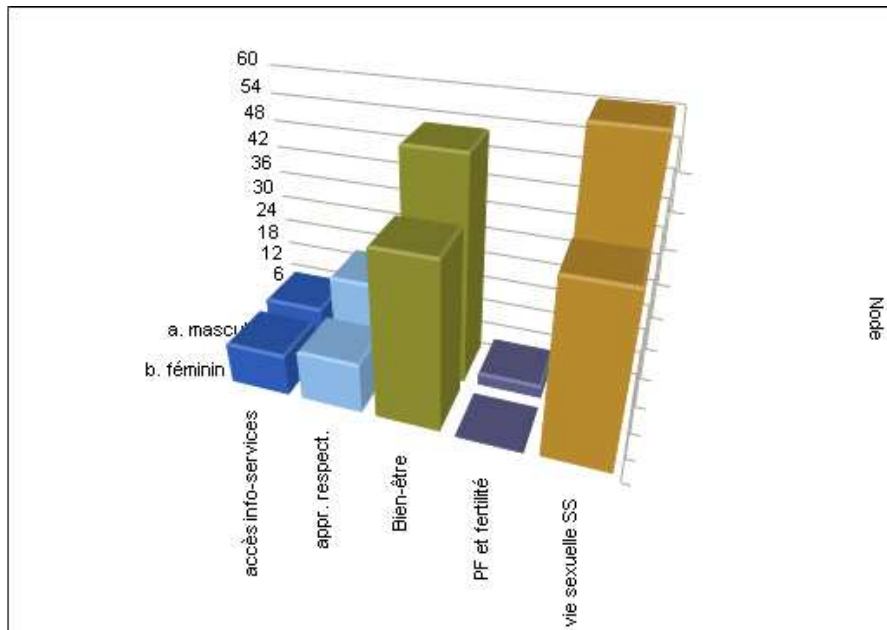


### 2.3.2 Définition personnelle de la santé sexuelle

**Général :** La plupart des répondants relient avant tout la santé sexuelle à une vie sexuelle saine et satisfaisante (99 soit 64,29%). Parmi eux 63 (40,91% du total) citent « prévenir ou se protéger contre les MST » comme le facteur le plus important. 18 autres (11,69%) l’a décrivent comme « utiliser un préservatif » et 8 (5,19%) comme « s’abstenir ».

Ensuite, 90 des interviewés (58,44%) ont décrit la santé sexuelle comme une forme de bien-être. Parmi eux 81 (52,60%) l’ont décrit comme un bien-être sexuel physique: « se soigner, s’entretenir » (23 soit 14,94%), « l’hygiène intime » ou « l’hygiène corporelle » de manière générale (chaque fois 16 soit 10,39%) ou « être propre » (14 soit 9,09%). 16 (10,39) autres ont décrit d’autres aspects du bien-être général.

Troisièmement, 31 interviewés (20,13%) ont relié leur définition de la santé sexuelle à une approche respectueuse: 11 d’entre eux (7,14%) l’ont décrit comme « la fidélité » et 10 (6,49%) comme « ne pas avoir des rapports à gauche et à droite ». 21 interviewés (13,64%) ont cités des aspects liés aux accès à l’information et aux services dans leur définition. 14 d’entre eux (9,09%) l’ont décrit comme « savoir se protéger ou l’éducation sexuelle » et 6 interviewés ont répondu qu’une « consultation médicale » était primordiale.



Nous constatons que les interviewées féminines accordent plus d’importance au bien-être sexuel physique (38 soit 63,33% d’elles) et à l’accès à l’information et aux services (10 soit 16,67%) que les hommes (respectivement 43 soit 45, 74% d’eux et 11 soit 11,70%). Par contre, les hommes (10 contre 2 femmes) répondent plus fréquemment qu’il faut « être prudent ». Il n’y a pas de différences particulières dans leur définition de la santé sexuelle selon les différentes origines.

A la question de savoir s’il existait une différence de santé sexuelle entre hommes et femmes, 101 interviewés (65,58%) ont répondu par la négative et 49 (31,82%) ont nuancés leurs réponses. La majorité des nuances va dans le même sens et est tant citée par les hommes et les femmes que par les jeunes et les adultes : 34 interviewés (22,08%) ont dit que les femmes étaient plus exposées aux risques et qu’elles avaient besoin de plus de protection ou d’entretien de l’hygiène sexuelle. 12 interviewés (7,79%) ont dit que le fait d’avoir des organes sexuels différent jouait aussi un rôle important.

112 interviewés (72,73%) considéraient que leur définition de la santé sexuelle valait tant pour les jeunes que pour les adultes. Néanmoins, 39 (25,32%) ont nuancés leurs réponses. La nuance la plus importante

faite par 28 interviewés était que l'accès aux informations et aux services était plus important pour les jeunes que pour les adultes. 18 interviewés (11,69%) ont ajouté que les parents ainsi que l'entourage personnel jouaient un rôle de première importance dans la santé sexuelle des jeunes.

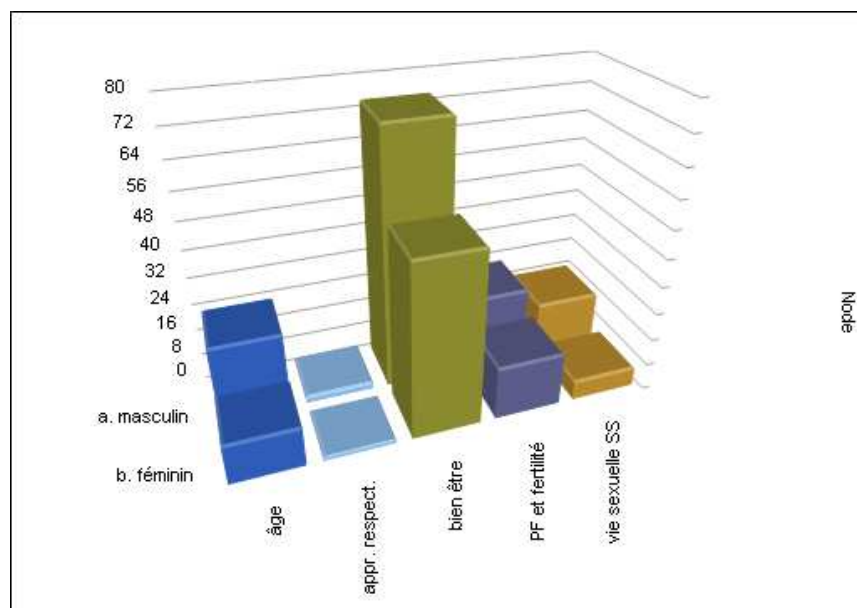
### **2.3.3 Critères pour une fille de devenir femme et pour un garçon de devenir homme**

En posant la question sur la façon d'établir une distinction entre adultes et jeunes pour les femmes et pour les hommes, des critères se sont formés. Tant pour les filles qui deviennent femme que pour les garçons qui deviennent homme, les 3 mêmes critères revenaient : le bien-être, l'âge, le planning familial et la fertilité.

**Filles :** A la question « comment une fille devient-elle femme ? » 125 interviewés (81,17%) ont fait une référence au bien-être. 85 d'entre eux (55,19%) ont fait référence au développement sexuel physique avec comme description la plus importante : « les menstruations » (75 interviewés ou 48,70%) et « développement des seins ou de la poitrine » (33 ou 21,43% du total). 42 d'entre eux (27,27%) faisaient référence au développement social, comme « se marier » 23 (14,94%) et « un sens des responsabilités sociales » 13 (8,44%). 33 d'entre eux (21,43%) ont décrit des aspects du développement mental : dont 17 portaient sur « l'indépendance ou l'autonomie mentale » ou « la maturité », et 8 sur le fait de « se battre, se débrouiller dans la vie ».

Les deux catégories de facteurs les plus importants dans la transition fille-femme est le planning familial et la fertilité avec 38 soit 24,68% des interviewés qui y ont fait référence. Ceci a surtout été décrit par le fait d'« avoir des enfants » (22 interviewés soit 14,29%) et d'« être capable d'avoir des enfants » (9 soit 5,84%).

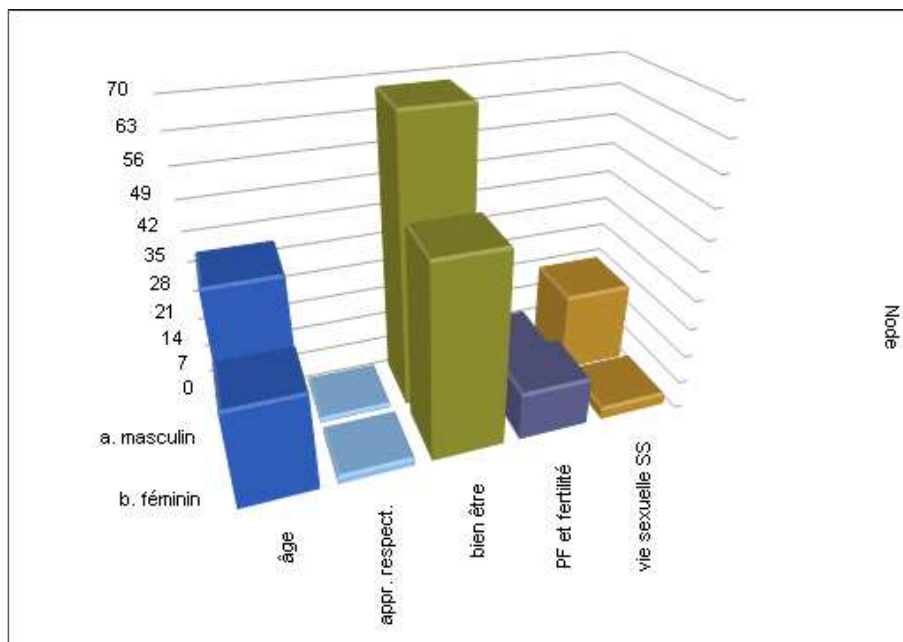
35 interviewés (22,73%) ont évoqué le facteur 'âge'. 18 parmi eux (11,69%) l'ont décrit comme l'« âge de puberté » et 9 (5,84%) comme « à partir de 18 ans ». 22 interviewés (14,29%) ont indiqué qu'une vie sexuelle et satisfaisante devenait importante dont 8 (5,19%) qui l'ont décrit comme « avoir des rapports/rerelations sexuels » et 7 (4,55%) comme « la perte de la virginité ». 3 interviewés ont rapporté qu'une approche respectueuse était importante et 4 ont décrit que la transition fille-femme passait par plusieurs étapes.





Si nous analysons ces réponses à partir du sexe, de l’âge et de l’origine des interviewés, les facteurs suivants sont intéressants à signaler. Les hommes accordent à nouveau plus d’attention à une vie sexuelle saine et satisfaisante: 16 d’entre eux (17,02% d’eux) par rapport à 6 femmes (10% d’elles). Les hommes donnent plus souvent une indication d’âge que les femmes (23 ou 24,47% d’eux - 12 ou 20% d’elles). Proportionnellement, les femmes font plus souvent référence au développement mental (16 soit 26,67% d’elles) que les hommes (19 soit 20,21% d’eux). Les femmes donnent également plus souvent des réponses nuancées à cette question. Ceci vaut moins pour la question de la transition garçon-homme. Par contre, comparé aux adultes entre 30 et 49 ans, les jeunes entre 19 et 29 ans citent plus souvent le développement mental (21 soit 23,5% - 9 soit 18% des adultes). Les adultes, quant à eux, insistent un peu plus sur le développement sexuel physique (29 soit 58%) comparé à 47 (52%) jeunes. L’origine ne semble pas avoir d’influence sur les réponses.

**Garçons :** Lorsque nous posons cette question « comment un garçon devient-il homme ? », 115 interviewés (74,68%) ont fait au moins une fois référence au bien-être. 72 d’entre eux (46,75% du total) ont cité le développement social: les mentions les plus importantes sont : « un sens des responsabilités sociales » (30 soit 19,48%), « se marier » (17 soit 11,04%), « un travail ou une autonomie financière » (aussi 17) et « devenir autonome » ou « s’éloigner de la famille » (16 soit 10,39%). 44 d’entre eux (28,57% du total) ont mentionné le développement mental. Souvent ceci a été décrit comme « se prendre en charge » (17 soit 11,04%) ou « réfléchir, raisonner autrement, faire la distinction entre le bien et le mal, la maturité » 22 soit 14,29% du total. Enfin, 43 interviewés ont cité le développement sexuel physique comme important. Parmi eux, 26 ont fait référence à la pousse des cheveux (barbe, poils du pubis ou non spécifié), 16 interviewés (10,39%) ont fait allusion au changement de voix, 15 (9,74%) à l’ (première) éjaculation et 15 autres à « un changement corporel ».



62 interviewés (40,26%) ont évoqué le facteur âge. 29 d’entre eux (18,83%) ont donné la limite d’âge de 18 ans ou plus et 22 d’entre eux (14,29%) l’ont décrit comme “passer à ou franchir l’âge de puberté”. 23 interviewés (14,94%) ont fait allusion aux aspects d’une vie sexuelle saine et satisfaisante. 8 d’entre eux (5,19%) l’ont décrit comme « avoir des rapport sexuels » et 6 (3,90%) comme « l’attirance ou le désir envers des filles ou des femmes ». 20 interviewés (12,99%) ont pensé aux aspects du planning familial et à la fertilité: entre autres 13 indications furent faites au sujet « d’avoir des enfants » et « d’être capable de se procréer » et 7 au « sens de la responsabilité familiale ». Seulement 3 interviewés ont fait référence à



l’approche respectueuse et 3 interviewés ont nuancé leur réponse disant que c’est un développement en plusieurs phases ou étapes.

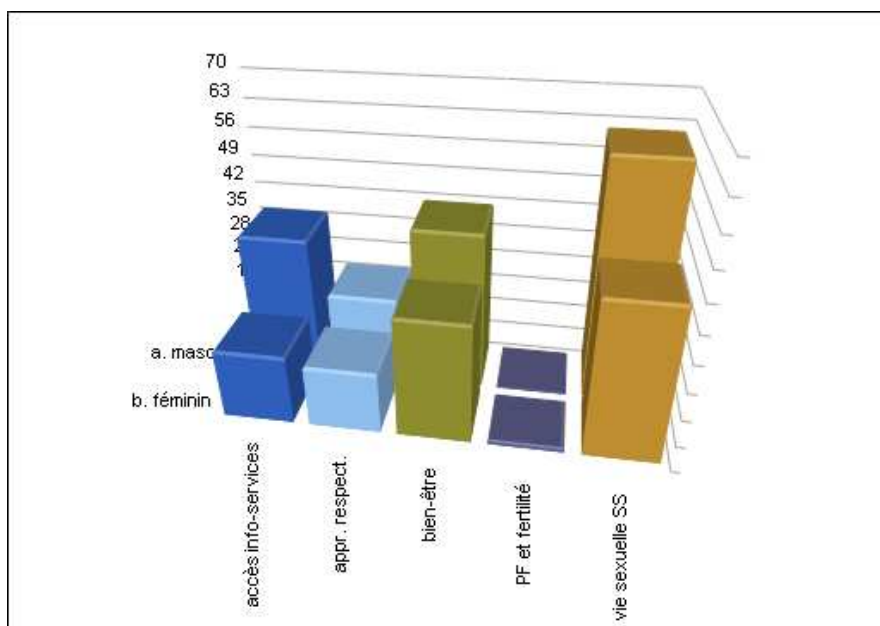
Tenant compte du sexe et de l’âge des interviewés: 20 des 23 interviewés qui ont cité une vie sexuelle et satisfaisante étaient des hommes comparé aux 10 des 12 personnes qui ont parlé de planning familial et de fertilité qui étaient des femmes. Cependant, les hommes évoquent plus souvent le développement mental (29 soit 30,85% d’entre eux) que les femmes (15 soit 25% d’entre elles) bien que les femmes (32 soit 54% d’entre elles) font plus souvent allusion au développement social que les hommes (40 soit 42,55%). Par ailleurs, nous constatons que la vie sexuelle et satisfaisante est plus importante pour les adultes entre 30 et 49 ans (11 soit 22%) que pour les jeunes entre 19 et 29 ans (12 soit 13,48%).

### 2.3.4 Facteurs déterminants en santé sexuelle

**Facteurs internes déterminants en santé sexuelle :** 148 interviewés (96,10%) ont décrit un ou plusieurs facteurs internes qui influencent la santé sexuelle. 101 parmi eux ( 65,58%) ont fait référence à des facteurs liés à une vie sexuelle saine et satisfaisante. Souvent ceci a été décrit comme « de la prévention ou se protéger » (55 interviewés soit 35,71%), « utiliser un préservatif » (42 soit 27,27%), « s’abstenir » (9- 5,84%) et « l’abstinence avant le mariage » (6 fois).

La moitié des interviewés (72) ont décrits des facteurs liés au bien-être. La majorité a cité le bien-être physique sexuel (62 ou 40,26% du total). L’hygiène a été citée de plusieurs façons : 19 interviewés (12,34%) insistaient sur « l’hygiène corporelle générale », 17 (11,04%) sur « être propre », 11 (7,14%) sur « l’hygiène intime », et 10 (6,49%) sur « l’entretien de son environnement ». 14 interviewés (9,09%) ont dit que « prendre soin et entretenir son corps » était important.

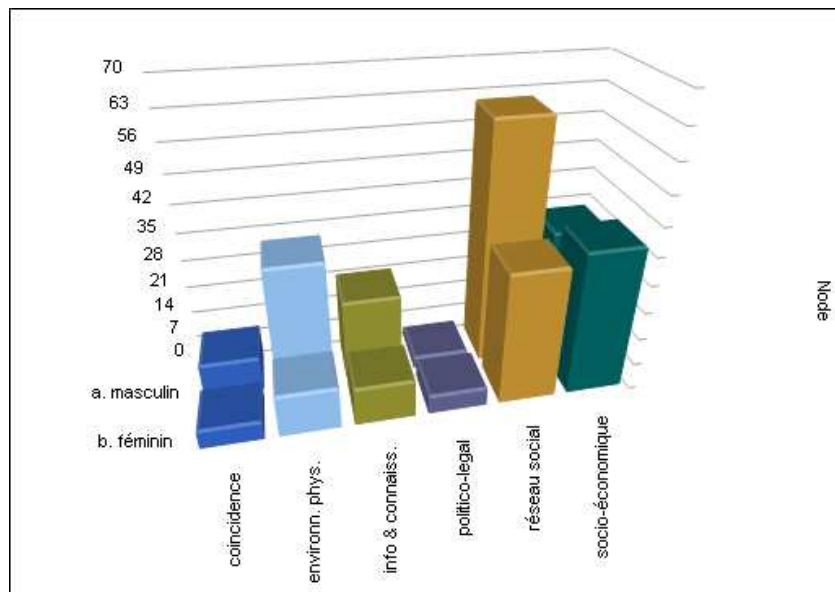
A la troisième place vient l’accès à l’information et aux services cités par 54 interviewés (35,06%). 21 d’entre eux (13,64%) l’ont décrit comme « une consultation médicale », 15 (9,74%) comme « s’informer », 11 (7,14%) comme « suivre les conseils des spécialistes » et 10 (6,49%) comme « aller voir des organismes ou faire des analyses (souvent concernant les MST) ». 38 (24,68%) interviewés ont particulièrement insisté sur l’approche respectueuse dans leur réponse. 13 (8,44%) l’ont décrit comme « être fidèle », 12 (7,79%) comme « avoir un seul partenaire et/ou éviter plusieurs partenaires sexuels ».



Il n’y a pas beaucoup de différences dans les réponses des interviewés masculins et féminins, exception faite que les hommes (36 soit 38,30% d’entre eux) citent un peu plus souvent l’accès à l’information et aux services que les femmes (18 ou 30% entre elles). Par rapport à l’âge, plus de jeunes entre 19 et 29 ans (37 soit 41,57% d’eux) trouvent l’accès à l’information et aux services importants comparé aux adultes entre 30 et 49 ans (14 soit 28% d’eux). Ce dernier groupe accorde à nouveau plus d’importance à une vie sexuelle saine et satisfaisante: 34 (68 %) adultes comparé à 55 (61,79%) jeunes.

**Facteurs externes déterminants en santé sexuelle :** 141 interviewés (91,56%) ont parlé plus particulièrement d’un ou de plusieurs facteurs externes déterminants en santé sexuelle. 95 d’entre eux (61,69% du total) considèrent que le réseau social est un facteur externe important. Ce réseau social a principalement été décrit comme étant l’entourage personnel (chez 86 interviewés ou 55,84%).

70 interviewés (45,45%) ont parlé des facteurs socio-économiques comme étant déterminant en santé sexuelle. 54 d’entre eux (35,06%) ont décrit les facteurs socio-économiques comme « un manque de moyens » ou « la situation financière », 13 (8,44%) comme « les conditions de vie ». 8 interviewés (5,19%) ont explicitement dit que « un manque de moyens pousse à avoir des rapports sexuels pour de l’argent ».



49 interviewés (27,92%) ont précisé que l’environnement physique jouait un rôle. 24 d’entre eux (15,58%) n’ont pas précisé ce qu’ils entendaient par l’environnement physique, 9 (5,84%) l’ont décrit comme étant “des endroits non-hygiéniques”. 31 interviewés (20, 13%) ont affirmé que l’accès à l’information et aux connaissances était important. 14 références dans cette catégorie étaient liés aux medias, 16 interviewés (10,39%) le liaient à l’éducation et au manque d’éducation.

14 interviewés (9,09%) ont cités des facteurs de coïncidence. 12 personnes ont décrit ces facteurs comme « certains événements tout au long de la vie », pour 3 personnes il s’agissait d’ « être victime de viol ». Enfin, 8 interviewés (5,19%) ont cité les facteurs politico-légaux, comme « la guerre » (4) et « un manque de papiers » (3).

Ce qui ressort de la comparaison des réponses entre femmes et hommes est que les femmes (37 soit 61,67% d’elles) évoquent plus souvent les facteurs socio-économiques que les hommes (33 soit 36,17% d’eux). Les hommes font plus souvent allusion à l’importance du réseau social (59 soit 62,77% d’eux) que les femmes (29 soit 48,33% d’elles). Lorsqu’on tient compte de l’origine des interviewés, nous constatons que les Maliens évoquent plus souvent des facteurs socio-économiques que le réseau social.

## **2.4 EXPERIENCES DE VIOLENCE**

### **2.4.1 Description des cas de violence**

- **Général** : Lorsque nous sommes arrivés au chapitre sur la victimisation, nous avons demandé aux interviewés s’ils connaissaient des proches à eux (également transmigrants réfugiés, demandeurs d’asile ou migrants irréguliers) qui avaient été victimes de violence durant leur trajet migratoire (du départ de leur pays d’origine jusqu’au moment de l’entretien au Maroc). Cette question permettait aux interviewés de répondre à la troisième personne si souhaitée et nous donnait une chance d’identifier d’autres victimes qu’ils connaissaient.

*« C’était lors de notre refoulement à Oujda à la frontière du Maroc et l’Algérie. Les soldats marocains nous traitaient de tous les maux, nous injuriaient des singes, des esclaves et ils nous ont confisqué tout ce qu’on avait (bijoux, montres...). Et ensuite, quand ils nous ont libérés, on cherchait les voies et moyens pour rentrer à la ville. Sur le chemin de retour nous avons rencontré un chairman nigérien qu’on appelait Al Paccino et sa bande aussi, ils nous ont dévalisés encore et ils nous faisaient de menaces de mort, nous frappaient et ils fouillaient les filles partout en les déshabillant et voir même en introduisant les doigts dans leur vagin. Et les hommes qui refusaient d’être fouillé à l’anus, ils étaient tabassés à mort. »*

*Interviewé du Tchad, Jeune*

Au total 138 des 153 interviewés (89,61%) ont rapporté 230 cas distincts de violence. Ces 230 cas se composent de 548 actes de violence différents dont certains ont été subis par une seule victime, d’autres par plusieurs victimes à la fois.

*« J’étais allé rendre visite à des amis du quartier J5 et aux environs de 16h, au vu et aux yeux de tout le monde, personne n’a intervenu, les migrants qui étaient dans la zone avaient tous fuit parce qu’ils avaient peur d’être attaqués. Les marocains par contre étaient là à regarder pendant qu’ils me dépouillaient et que je refusais jusqu’à ce qu’ils me blessent, pendant que je saignais un monsieur s’est approché de moi pour me demander de remonter dans le taxi pour aller à l’hôpital. »*

*Interviewé de la Côte d’Ivoire, Jeune*

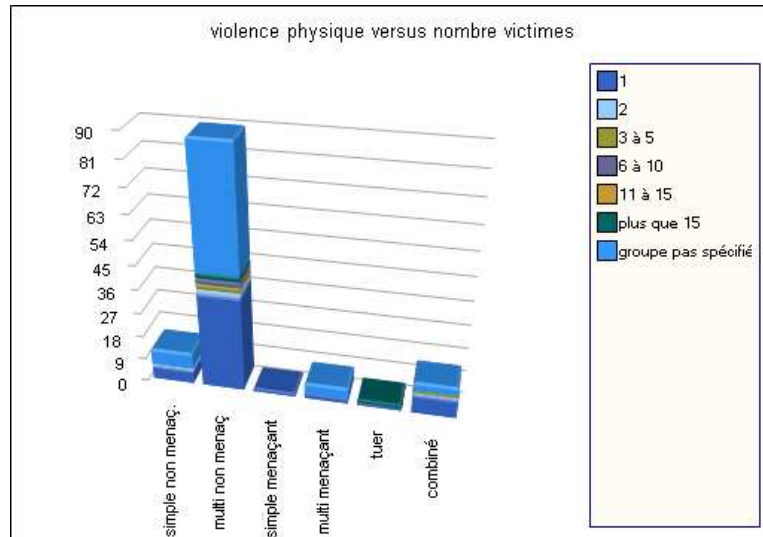
Pour 246 actes, il s’agit de violence sexuelle. Les interviewés ont évoqués 142 actes de viol (dont 111 viols multiples ou collectifs), 46 actes d’abus sexuel, 33 actes d’harcèlement sexuel, 24 actes d’exploitation sexuelle et 2 actes de torture sexuelle.

*« Je connais l’histoire même de mon propre petit ami, il revenait de Rabat pour aller prendre le car à la gare de Temara, derrière lui il voit des voitures qui viennent. Ils étaient armés, des armes blanches, et l’autre est venu par derrière lui poignarder, il s’est débattu pour qu’il s’enfuit et l’autre est venu devant et lui présente le couteau et lui dit « éteins le portable ! » C’est seulement le portable qu’il veut et l’argent, ils foutent la pagaille, ils vont te tuer à cause de cette petite chose. Mon mec s’est débattu et heureusement Dieu ne laissera personne seul Dieu a envoyé un homme qui est venu secourir mon mec et l’a amené à l’hôpital, mon mec a été agressé et ils lui ont tout pris, portable et argent, et ils lui ont laissé des blessures. Il a des blessures et des cicatrices maintenant. »*

*Interviewé de la Côte d’Ivoire, Jeune*



‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention



Pour 122 actes, il s’agit de violence physique, dont la majorité était des formes simples (12) ou multiples (89) sans menaces de mort. Cette forme de violence a été décrite comme ‘frapper, gifler, tabasser,’ (45 actes), ‘agresser’ (30 actes) ou ‘menotter, attacher’ (14 actes). Pour 7 actes, les interviewés parlent de violence physique avec menaces de mort. Celle-ci est le plus souvent décrit comme ‘poignarder ou coups de couteaux/de lames de rasoirs’. Pour 2 actes, il s’agissait de meurtre et pour 12 autres il s’agissait de plusieurs formes des catégories de violence physique citées ci-dessus.

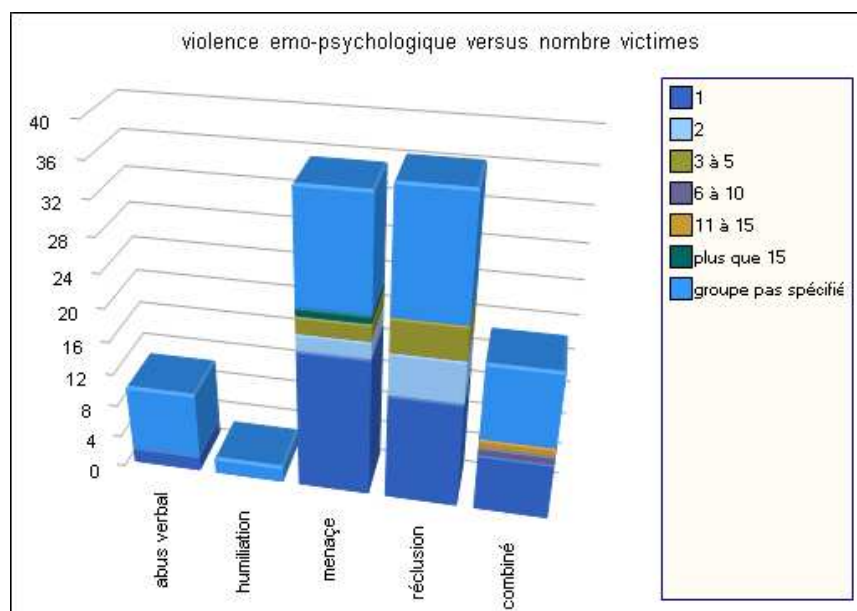
*« C’était ici au Maroc pendant le refoulement. Un jeune garçon et une jeune fille on les cassait les jambes par les militaires marocains. Ils résistaient d’entrer dans le camion de refoulement, les militaires les ont tapé jusqu’à leur casser les bras. Malgré cette incidence, on les a refoule et c’est à Oujda que MSF les a récupéré pour les soigner. C’est moi-même qui les ai rééduqués (séances de kinésithérapie) (G.14 Quelles en a été les conséquences ?) Les troubles psychologiques parce qu’ils ont maintenant des handicaps et des malformations »*  
Interviewé du Rwanda, Adulte

101 actes de violence étaient des formes de violence affective-psychologique. Pour 36 actes, on a rapporté des cas d’enfermement décrit comme : ‘kidnapper, emporter, pris en otage’ (32 actes) et ‘séparation des sexes’ (14 actes). Pour 35 actes, il s’agissait de menaces, le plus souvent à l’aide d’une arme (23 actes). Pour 10 actes, les interviewés ont précisé qu’il s’agissait d’abus verbal, dont les insultes raciales (8 actes) constituaient la forme d’abus verbal la plus citée, et 2 cas d’humiliation. Pour 18 actes, il y avait plusieurs formes de violence affective-psychologique commises en même temps.

*« J’en connais beaucoup, quand on quittait Oujda, on a quitté Maghnia, là-bas il y avait beaucoup de violence entre nous mêmes les clandestins, on avait nos ghettos. Ce sont les petites maisons en bois on met du plastique dessus on a construit c’est ça qu’on appelle ghetto. Mais là-bas il y avait beaucoup de violence, il y avait les chairmans. Ceux-là, quand on fait une bêtise ou que tu ne voulais pas payer de l’argent ou quelque chose comme ça, ils viennent, ils t’attachent et ils te chicotent bien et personne ne parle. Chez nous les Maliens aussi on fait ça. On frappe les gens aussi parce que tu as mal parlé à ton chairman, les nigériens aussi font la même chose : ils frappent beaucoup leurs parents, frères qui passent là-bas. Cela c’est violence, quand tu frappes quelqu’un c’est de la violence, tu frappes quelqu’un parce qu’il n’a pas l’argent pour payer, on appelle ça droit de ghetto si tu n’as pas de l’argent de droit de ghetto et que tu veux rester là-bas ils te frappent pourquoi ? Parce que tu n’as pas de l’argent. Après, quand on quitte là-bas, on va traverser encore la frontière, c’est vraiment difficile, on traverse encore la frontière ils nous frappent encore et ils prennent tout l’argent qu’on a, si on a téléphone ils le prennent. »*  
Interviewé du Mali, Mineur



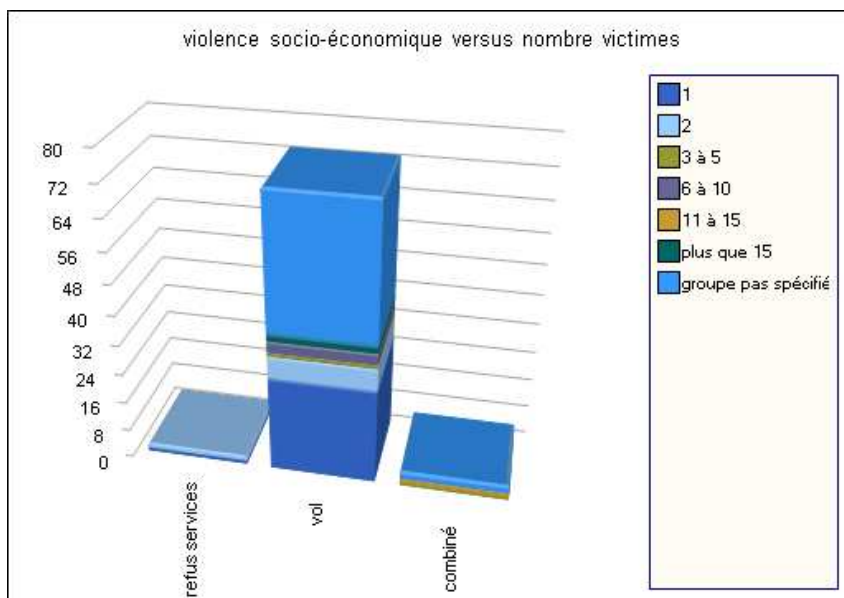
‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention



« Bon, c'était que, en voulant traverser, il y a des gens qu'on a trouvé dans le pays (...) qui disaient que 'non, vous n'y allez pas'. Ils disaient : « Vous allez mourir dans le désert. Il y a des gens là qui vont te faire du mal, vous allez trouver des gens qui vont tuer et tout ça. Ils vont même menacer aussi. Ils nous ont escroqué, ils ont pris tous qu'on avait et puis tout tout. »

Interviewé de la RDC, Adulte

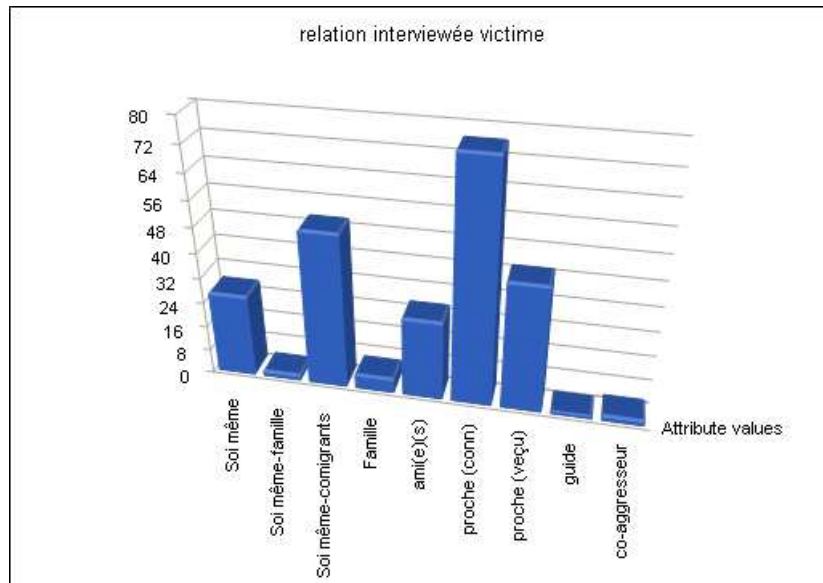
79 actes de violence socio-économique furent également commis. Pour 73 de ces actes, il s'agissait de vol, décrit comme 'voler les biens, les possessions, dépouiller (31 actes)', 'voler de l'argent (18 actes) ou le portable (11 actes)'. Les 6 autres actes décrits étaient le déni de services de premiers secours (ne pas donner d'abri, de nourriture ou d'aide médicale pendant le refoulement).





### **2.4.2 Identité des victimes**

L’interviewé était la victime dans 79 des cas. Dans la majorité de ces cas (50) ils n’étaient pas victimisés seuls, mais ensemble avec des co-migrants. 27 interviewés étaient victimisés seuls et dans 41 autres cas l’interviewé a été spectateur de la victimisation. Dans cette dernière catégorie, les victimes étaient des proches tels que des connaissances proches (76), des ami(e)(s), de la famille (5), ou le guide des migrants. Dans 2 cas, l’interviewé s’est décrit lui-même en tant que co-agresseur.

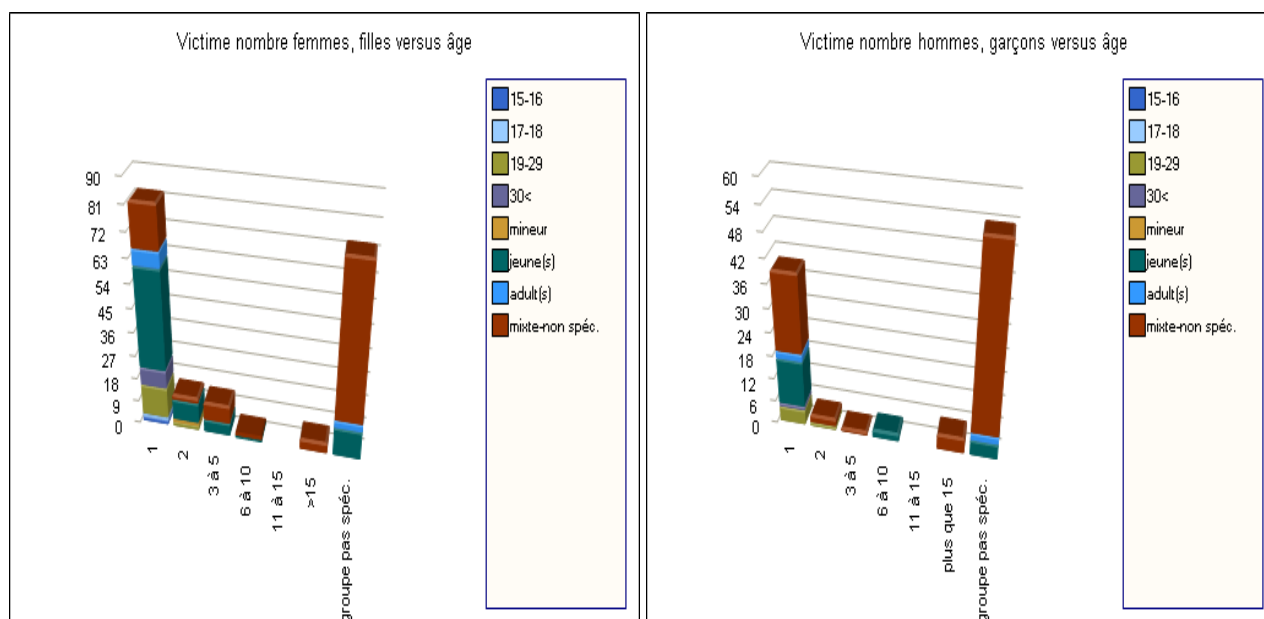


*« Il s’agit d’un jeune migrant qui a été refoulé à la frontière par la police après l’échec du voyage. Il s’est allé à Oujda et s’est retrouvé seul et sans argent. (...) deux nigériens en manque ont fait du jeune migrant un objet sexuel. Ils avaient amenés ce jeune dans leur « tranquilo » avec la promesse qu’ils allaient l’aider à retrouver les membres de sa communauté, à l’aider à regagner Rabat. (...) Au premier jour, ils l’avaient nourri et bien traité. Mais après ils lui ont exigé de payer la deuxième nuit, le jeune leur a dit qu’il n’avait plus rien sur lui. (...) la deuxième nuit, on l’a ligoté puis ils ont commencé à le frapper partout jusqu’à ce que l’un des nigériens lui ait fait savoir que comme il n’avait pas d’argent, il devait satisfaire leurs besoins sexuels. Le jeune a refusé mais avec la torture, il n’a pu rien faire surtout étant ligoté. C’est ainsi qu’on l’a forcé à sucer le pénis de ces nigériens à tour de rôle. Pendant qu’il suçait l’autre forçait la pénétration anale. Malgré les cris que le jeune faisait, les gars ne voulaient rien entendre ni venir à la raison. L’un des nigériens a utilisé la vaseline et a pu violer le jeune en le pénétrant par l’anus. Au moment où je vous parle le jeune s’est retourné en Algérie. Après cet acte le jeune a quitté Oujda pour aller en Algérie. Il avait honte et peur ».*

*Interviewé du Cameroun, Jeune*

Dans 186 cas, une (82 cas) ou plusieurs victimes étaient de sexe féminin, dans 73 cas il s’agissait d’un “groupe de filles ou de femmes”. Dans 102 cas, un (39 cas) ou plusieurs hommes ont été victimisés. Dans 4 cas, le sexe de la victime n’était pas spécifié.

‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention



L'âge des victimes n'était que très rarement spécifié, par contre les victimes sont souvent décrites comme 'jeunes', 'filles' ou 'garçons' (77 cas), ou « hommes », « femmes » (11 cas). Dans 4 cas, les victimes étaient mineures, dans 18 cas les victimes avaient entre 19 et 29 ans, dans 8 cas les interviewés ont précisé qu'ils avaient plus de 30 ans.

*« Pendant qu'on attendait dans la cabane, l'un de ces jeunes est allé appeler la police et l'autre était resté juste devant la porte pour nous surveiller. Dès qu'il a vu que les policiers venaient, il a fuit et nous, nous avons compris ; nous sommes tous sorti pour fuir, moi et la copine de mon ami, nous avons pris la même direction ; comme elle avait mal au pied et que sa jambe était gonflée, on nous a arrêté elle et moi. Arrivé au commissariat de la police, les policiers m'ont dit, si vous voulez qu'on vous relâche, il faut nous laisser coucher avec la fille. Et j'ai dit à la fille qu'on en pouvait rien qu'elle puisse céder. Malgré que la fille refuse et surtout qu'elle avait déjà mal aux jambes, ils l'ont violé et moi je ne pouvais rien faire. Juste après l'acte, ils nous ont laissé partir et jusqu'aujourd'hui, on ne se voit plus. »*  
Interviewé du Tchad, Jeune

Les origines les plus récurrentes des victimes étaient la République Démocratique du Congo (26), le Cameroun (11), le Nigeria (9), la Côte d'Ivoire (8) et le Congo Brazzaville (6). Dans la majorité des cas (153), les victimes provenaient de groupes d'origine mixte ou bien leur origine n'était pas spécifiée.

### 2.4.3 Identité des agresseurs

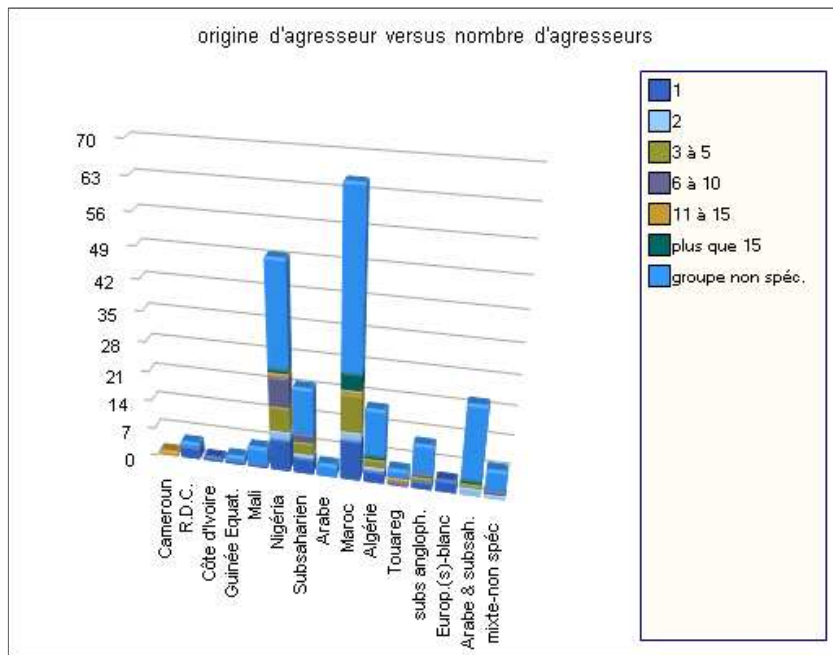
L'agresseur a été décrit comme étant de sexe masculin dans 94 cas et de sexe féminin dans 5 cas. Il y a donc 131 cas où les interviewés n'ont pas précisé le sexe de l'agresseur. Néanmoins, de la grammaire utilisée par les interviewés dans leur description de cas, nous pourrions déduire qu'il s'agissait surtout d'hommes.

Dans 17 cas les agresseurs ont été décrits comme étant 'jeunes', et dans 10 cas comme « des hommes ou femmes de plus de 30 ans ».





‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention



Quant à l'origine des agresseurs, le plus souvent ils étaient identifiés comme étant Marocain(s) (65 cas) et Nigériens (49) cas, et dans 7 autres cas ils étaient identifiés ensemble. Dans 21 cas, l'agresseur était décrit comme d'origine subsaharienne (mixte ou non spécifié), dans 18 comme algérienne et 11 comme « subsaharienne anglophone ». Dans les autres cas il s'agissait d'agresseurs « d'autres pays africains » (13), « Touaregs » (6), « Arabes » (3) ou un groupe mixte d'origine marocaine/algérienne et des pays subsahariens (22). Dans 19 cas, nous ne pouvions pas déduire l'origine de l'entretien.

*Oui, par rapport à moi ce que j'ai vécu et vis et vue (..) je connais des Marocains et des Nigériens (...)  
Pendant qu'en vivant à Maghnia à Maghnia à la frontière du Maroc et de l'Algérie on avait vu des  
Nigériens qui se sont approchés de nous en nous disant que (..) on leur donne de l'argent. Puisqu'on en  
n'avait pas on n'avait pas et les Marocains ils nous ont dit puisque vous n'avez pas d'argent nous allons  
séparer les filles (..) Et quand on nous avait séparé on était beau (..) Moi ce que j'ai vécu avec les filles  
qui étaient avec moi ce n'était pas possible. Ils ont abusé de nous donc ils nous ont maltraité donc je sais  
pas comment je pourrais le dire c'est vraiment une histoire que je n'aime pas trop à raconter parce que  
c'est quelque chose que j'ai vécu donc là j'essaye vraiment de l'oublier. Et donc ils nous ont vraiment fait  
du mal. Ils nous ont frappé. Et violé. (...) Ils étaient beaucoup mais moi je m'étais trouvé sur quatre  
personnes sur moi*

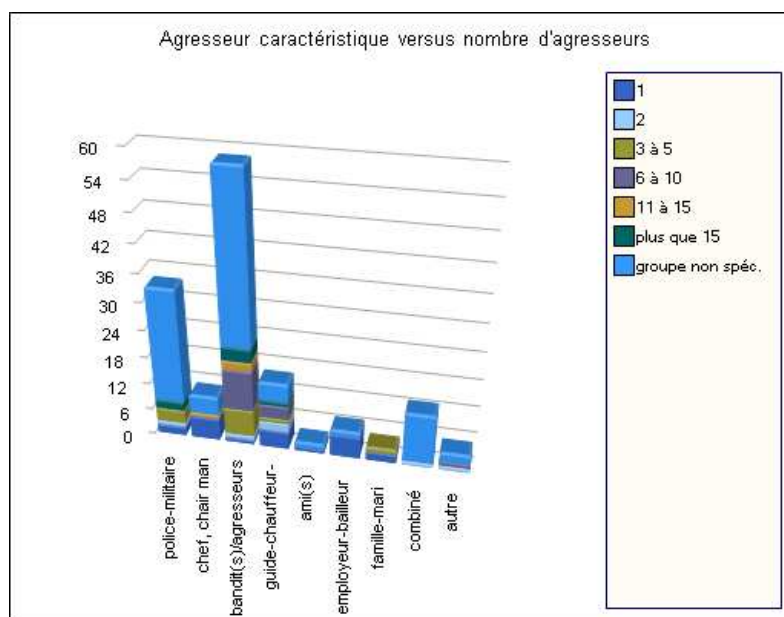
*Interviewé de la RDC, Jeune*

Les agresseurs étaient décrits comme des « bandits, agresseurs, violeurs ou clochards » dans 58 cas. Dans 33 cas, ils étaient identifiés comme étant policier, gendarme ou militaire. Dans 15 cas, il s'agissait d'un « guide, chauffeur ou passeur » et dans 10 cas, le « chef, président de la bande (avec ou sans sa bande) » étaient identifiés comme agresseur. Dans 12 cas, il s'agissait d'un groupe de personnes mentionnées ci-dessous. Dans seulement 5 cas, l'agresseur était identifié comme quelqu'un de l'entourage personnel (famille, mari, ami(e)(s)). Dans 87 cas, la relation entre l'agresseur et la victime n'a pas été spécifiée.

*« Bon, il y a un commissaire qui est là qui demande à baiser les femmes, il demande 'Diego', il dit j'ai  
'Diego', je peux te baiser ou bien je te donne l'estampe facilement, il y en a aussi des femmes qui  
s'engagent, tu donne les Diego là, ils passent chez le commissaire, ils livrent son corps, il amène ton  
passeport, il te donne ton passeport, voilà le visa comme ça. »*

*Interviewé du Mali, Jeune*

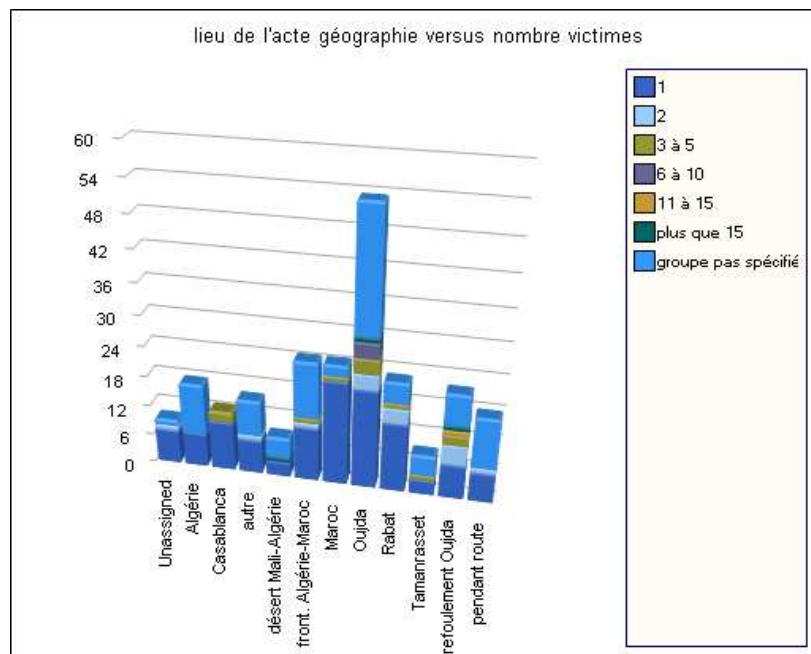




#### 2.4.4 Lieu de la violence

La majorité de ces cas de violence (132 cas) ont eu lieu au Maroc et à ses frontières. Oujda (53), Rabat (22) et Casablanca (12) sont les villes marocaines le plus citées comme lieux de violence. Le Maroc – en tant que pays- était nommé comme lieu de violence dans 24 autres cas et « pendant le refoulement vers Oujda » dans 21 autres cas.

Par ailleurs, la frontière entre l’Algérie et le Maroc (24), l’Algérie (17), Tamanrasset (8) et le désert frontalier entre le Mali et l’Algérie (8) étaient les descriptions les plus fréquentes de lieux de violence en dehors du Maroc. 17 interviewés n’ont pas donné de location exacte, mais ont précisé que la violence avait été commise pendant le trajet migratoire. Enfin, dans 9 cas, nous ne pouvions pas déduire de l’entretien où la violence avait eu lieu.



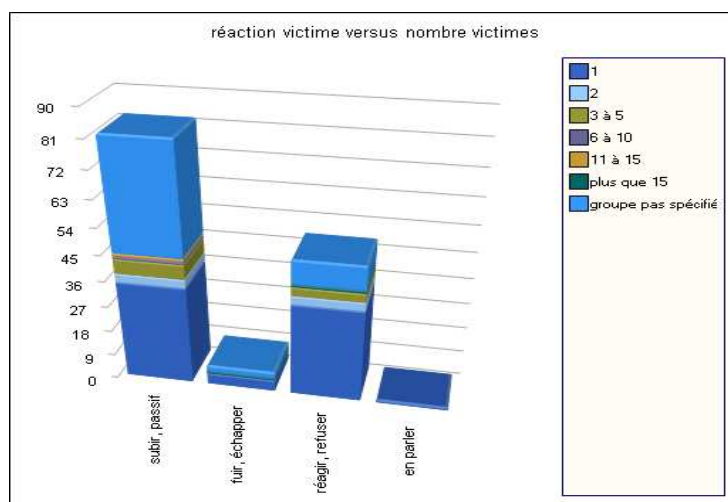
La violence a eu lieu dans un endroit public, dans la forêt, dans le désert ou dans la brousse dans 65 cas. Dans 40 cas, il s’agit du logement de l’agresseur et dans 21 cas du logement de la victime.

#### **2.4.5 Réactions sur l’acte**

Dans 138 cas, l’interviewé a pu décrire comment la victime avait réagi à l’acte de violence. 82 de ces descriptions montrent que la victime a subi la violence sans se défendre. Ils ont décrit que la victime était « obligée d’obéir » ou devait « céder à cette violence », « ne pouvoir rien faire », ou n’avoir « pas le choix ». Dans 48 cas, la victime a essayé de refuser/résister (25), de crier (14) ou de discuter (8). Dans 7 cas la victime a essayé de s’échapper. Dans aucun entretien l’interviewé a dit que la victime avait porté plainte.

*“Et quand ils prennent les filles pour aller à côté, On est là, on est là, on voit. On vous laisse. (Rit) Qu’est-ce que vous allez faire, tant de faiblesse. Ils sont bien armés là-bas. Vous allez dire quoi, vous n’allez rien faire. Vous allez laisser tout le temps de s’amuser avec les filles. C’est comme ça que ça se passe.”*

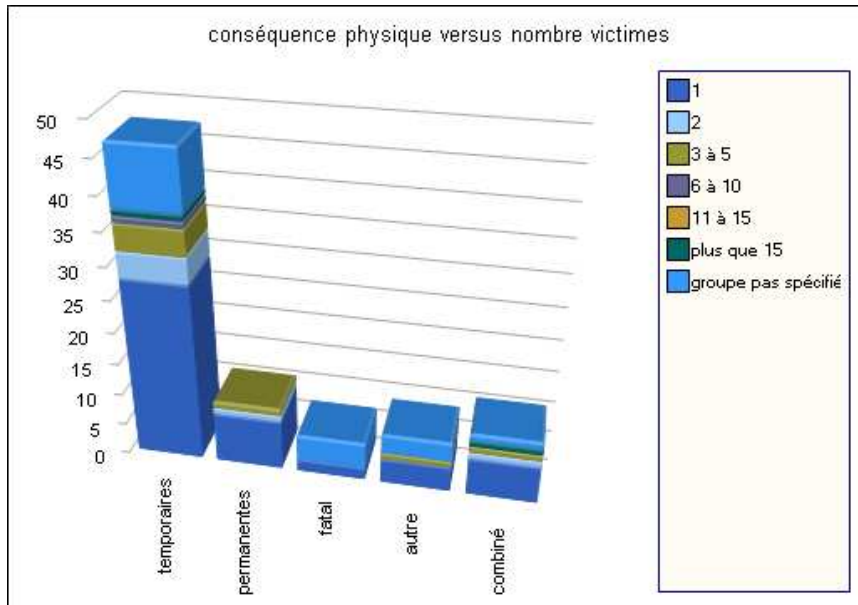
*Interviewé du Cameroun, Adulte*



64 interviewés qui étaient spectateurs ont décrit leur réaction comme « subir passif, immobilisé »(41) ou « ne pouvoir rien faire » (31). Dans 11 cas, les interviewés ont voulu s’enfuir et 5 sont intervenus. Dans la description des réactions des co-migrants présents au moment de la violence, nous retrouvons les mêmes réactions: action de subir passivement (47), de fuir/s’échapper (12) et 14 interventions.

#### **2.4.6 conséquences de la violence.**

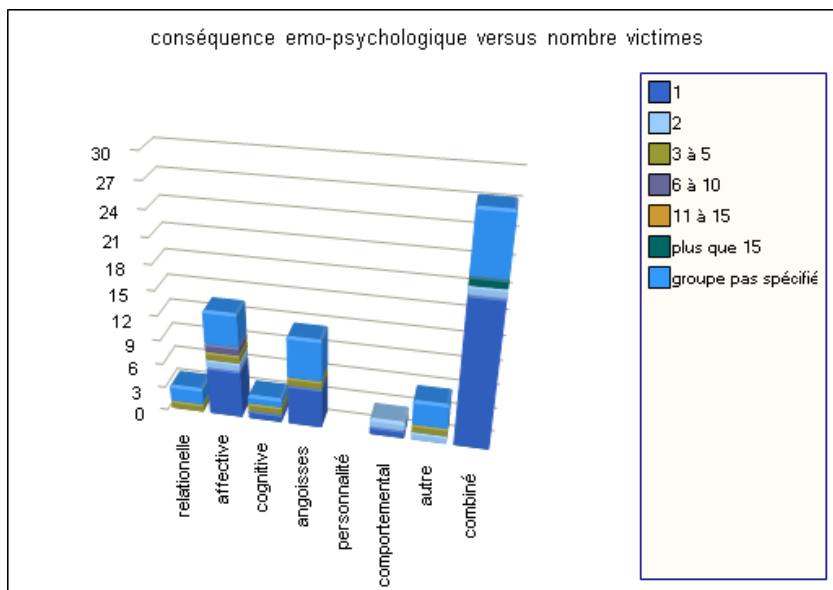
Dans 151 cas les interviewés ont décrit une ou plusieurs conséquences de la violence. Dans la majorité des cas (81), il s’agit de conséquences physiques. 47 cas de conséquences physiques temporaires comme “des maladies/tomber malade”(19), des blessures (19), de la perte de sang (14) et des difficultés à marcher (8) furent répertoriés ; et 10 cas de conséquences physiques permanentes, le plus souvent décrit comme « continuer à avoir mal » (9) et plus particulièrement comme « des cicatrices, être malade tout le temps, perte de doigts, de mains ou attraper le SIDA ». Dans 6 cas la violence ou les séquelles de la violence ont été fatales pour la victime. Dans 10 cas, il s’agit d’une combinaison de ces conséquences physiques. Enfin, dans 23 cas, la conséquence a été décrite comme une consultation médicale (19) ou suivre un traitement (6).



« Un jour on était en train de se reposer pendant la nuit, et ils nous ont surpris et ont pris deux femmes; leur chef avait décidé qu'on ne prenne que ces deux femmes et ils sont tous tombés sur elles (plus de dix hommes) à tour de rôle. A la fin, elles n'ont pas pu continuer la route parce qu'elles n'arrivaient plus à marcher. (...) Le lendemain, les hommes les ont transportées mais elles n'arrivaient plus à parler, on a été obligé de les laisser (abandonner) parce que les hommes n'arrivaient plus à les transporter. Ce qui devait arriver là où elles étaient, c'était certainement la mort. »

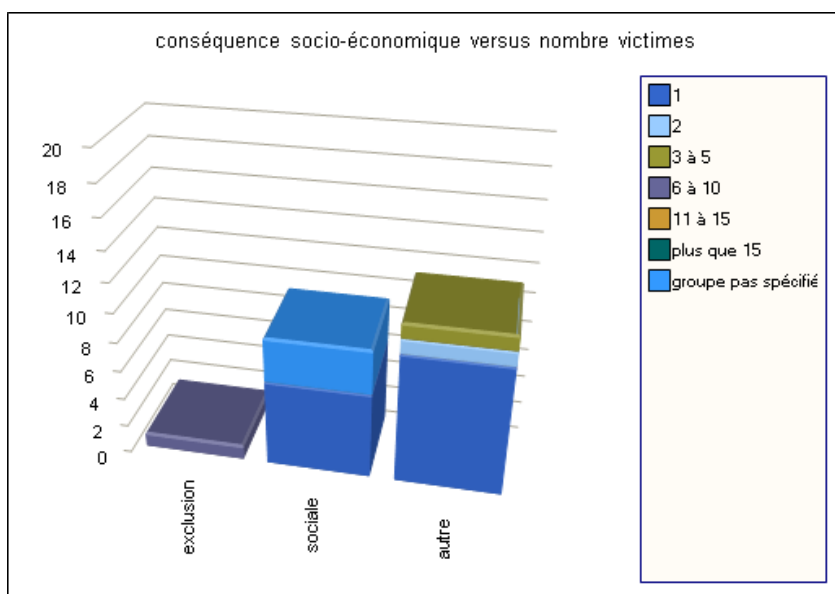
Interviewé de la RDC, Adulte

Dans 68 cas, les conséquences étaient de forme affective ou psychologique. Les faits suivants peuvent être catégorisés comme des conséquences affectives pour 38 cas : « la honte, gêne » (12), « le dégoût de la vie » (6), « être démoralisé, abattu » (6). Suivi par la catégorie des angoisses et d'être traumatisé (25) mentionné à 33 reprises. Les conséquences relationnelles comme « le dégoût des/ne plus supporter les hommes » (5) et « ne plus faire confiance à personne » (4) étaient citées 19 fois. D'autres descriptions affectives/psychologiques sont liées au cognitivisme (11), à la personnalité (10), à l'idée générale (10) et à des troubles psychologiques ou comportementaux (4).



« Mon ami avait des troubles psychologiques, de fois la nuit il faisait des cauchemars, il re-rêvait tout le temps cette affaire, il n'avait plus le goût de vivre, il a encore peur même des hommes. »  
Interviewé de Mali, Jeune

« Le garçon souffrait vraiment d'un traumatisme, il avait tout le temps peur, il avait honte d'abord, et il s'est désintéressé directement de son boulot parce que c'était son gagne-pain, mais il n'avait pas le choix et il n'avait plus confiance en lui, alors l'angoisse s'est installée dans son cœur »  
Interviewé de la Côte d'Ivoire, Adulte

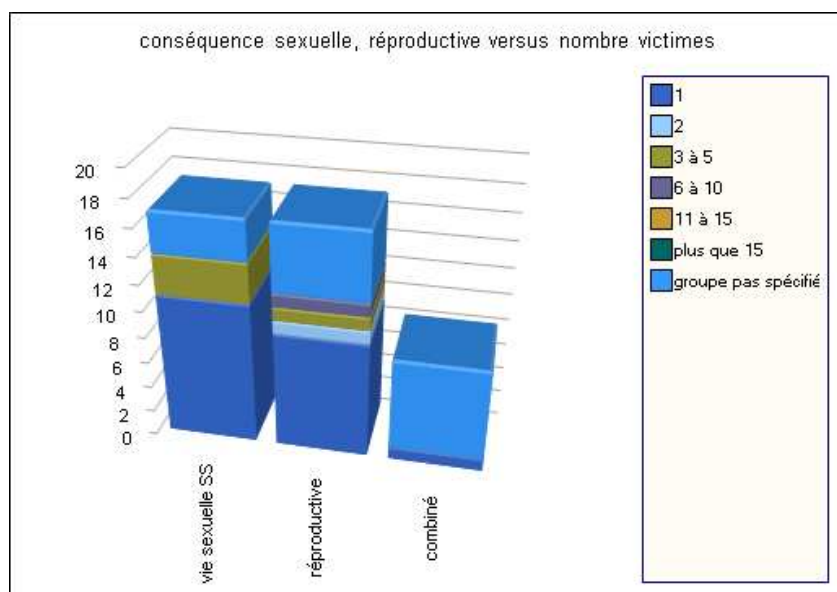


En plus de 73 cas de vol, 22 cas sont décrits comme ayant des conséquences socio-économiques. Dans 10 de ces cas, les conséquences étaient de forme sociale comme la perte du respect de la communauté (7) ou se renfermer sur soi-même (4). Dans 6 cas la victime est rentrée dans son pays d'origine, et 3 autres ont déménagés à cause de cette violence.

« Chez nous, la femme a une certaine valeur. Une femme ne peut être enceinte tandis qu'elle n'est pas mariée. Une femme ne peut pas rester vivre seul et qu'elle soit enceinte. Donc c'est mal vu, c'est similaire à la prostitution. Parfois la fille arrivaient à en sortir avec d'autres garçons qu'elles trouvaient sur place, juste pour couvrir la grossesse. »  
Interviewé de la RDC, Jeune

« D'abord, la fille elle se sentait humiliée, mal réputée et elle n'avait plus confiance en personne, elle était devenue timide et ne parlait plus à personne. Elle était traumatisée et puis, elle a fini par quitter la maison et changer de ville »  
Interviewé de la Côte d'Ivoire, Jeune

Enfin, dans 51 cas, les interviewés ont décrit une ou plusieurs conséquences sexuelles ou reproductives. Pour 33 de ces cas, il s'agit de conséquences reproductives comme des grossesses non-désirées (21) et enfant(s) suite au viol (19). Les conséquences sexuelles (27 cas) étaient surtout des douleurs abdominales lors des rapports sexuels (12), des MST (10) ou être séropositif, avoir le VIH/SIDA (4).



*« La conséquence est qu’aujourd’hui j’ai un enfant d’une année et quatre mois, je suis devenu mère trop jeune, je n’ai plus la confiance de mes parents, dans la communauté congolaise on me prend pour une pute, une fille facile. J’aimerais quitter le Maroc pour oublier tout ce qui s’est passé ici. »*  
Interviewé de la RDC, Jeune

#### **2.4.7. Violence sexuelle**

Au total 138 des 153 interviewés (89,61%) ont rapporté 230 cas distincts de violence, subis par une seule victime ou par plusieurs victimes selon le cas. Ces 230 cas se composent de 548 actes différents de violence. Pour 246 actes, il s’agit de violence sexuelle: les interviewés ont évoquées 142 actes de viol (111 multiples ou collectifs), 46 actes d’abus sexuel, 33 actes de harcèlement sexuel, 24 actes d’exploitation sexuelle et 2 actes de torture sexuelle.

#### **Harcèlement sexuel**

*« C’était en Algérie, à Maghnya. Donc il demandait aux femmes de se déshabiller devant les hommes pour leur plaisir. De danser. (...) Toute nue, devant tout le monde. Sans gêne, comme ça. Donc c’était, c’était horrible quoi, ce n’était pas beau. »*  
Interviewé de la Côte d’Ivoire, Jeune

Pour 13 des 33 actes de harcèlement sexuel, il s’agit d’avances et d’allusions sexuelles non sollicitées. Ceci a été le plus souvent décrit comme ‘solliciter’ (10) et ‘offrir de l’argent, de la nourriture, de l’eau,... en échange de rapports sexuels’. Dans 11 cas il s’agit de menaces, comme ‘n’accorder le droit de passage qu’en échange de rapports sexuels’ (6 actes) ou tout simplement ‘menacer de viol’ (4 actes). Dans 8 cas il s’agit d’exhibition de la victime, essentiellement décrit comme ‘déshabillement obligatoire’ (seul : 4 actes et en public : 4 actes).





La victime du harcèlement sexuel était seule pour 19 actes, dont 16 filles ou femmes. Des 11 actes où les victimes étaient ‘un groupe non identifié’, il n’y en avait que 3 où il s’agissait uniquement de femmes. Pour 12 actes les victimes étaient ‘jeunes, filles ou garçons’, pour 3 ils avaient « entre 19 et 29 ans », et pour 1 la victime était mineure. Pour les actes restants, les victimes avaient soit des âges différents, soit leur l’âge n’a pas été précisé.

La relation entre la victime et l’interviewé était le plus souvent décrit comme : des connaissances (9) ou soi-même et des co-migrants (8). L’interviewé était spectateur de la violence pour 7 actes.

L’origine n’a été spécifiée que pour 10 actes, dont 5 victimes étaient d’origine camerounaise.

*« On était ensemble avec une mère et deux jeunes filles et un garçon, deux jeunes garçons. En cours de route, la mère présentait les filles comme ses propres filles. Et puis, en arrivant à Tamaraset, les soldats demandent à la mère là de donner les deux filles. La mère a refusé. La première fois, la mère avait refusé. La deuxième fois, ils disent si tu refuses encore de donner les filles, vous allez rentrer tous au Mali, on était au nombre de 4, parce moi j’étais déjà mère et la maman là, deux filles et puis un garçon. Et la maman délivre les deux filles là. »*

*Interviewé du Mali, Jeune*

Pour 9 actes d’harcèlement sexuel, l’agresseur a commis la violence seul. 2 fois l’agresseur était spécifié étant de sexe féminin. Pour 12 actes, il est théoriquement possible que des femmes se trouvaient dans les groupes des agresseurs, pour les autres actes il s’agissait bien uniquement d’hommes.

Quant à l’origine, l’agresseur du harcèlement sexuel a été décrit comme étant Marocain pour 9 actes, Algérien pour 7 actes et Subsaharien pour 11 actes. Pour les autres cas, l’origine n’apparaissait pas clairement ou était constitué d’un « groupe d’arabes et de subsahariens » (4). Pour 10 actes l’agresseur était identifié comme étant ‘policier, gendarme ou militaire’, pour 5 actes il s’agissait ‘de bandits’ et pour 3 actes l’agresseur était le bailleur ou l’employeur de la victime.

Si le lieu du harcèlement sexuel était précisé, celui-ci était principalement commis à Oujda (7), en Algérie (4) ou à Rabat (4). Pour les cas d’avances/allusions, nous constatons que la victime a refusé dans 12 cas. Par contre, lorsqu’il s’agit de menaces, nous constatons qu’il n’y a que 4 victimes qui ont réagi activement, et pour 6 actes d’exhibition les victimes ont subi de la violence.

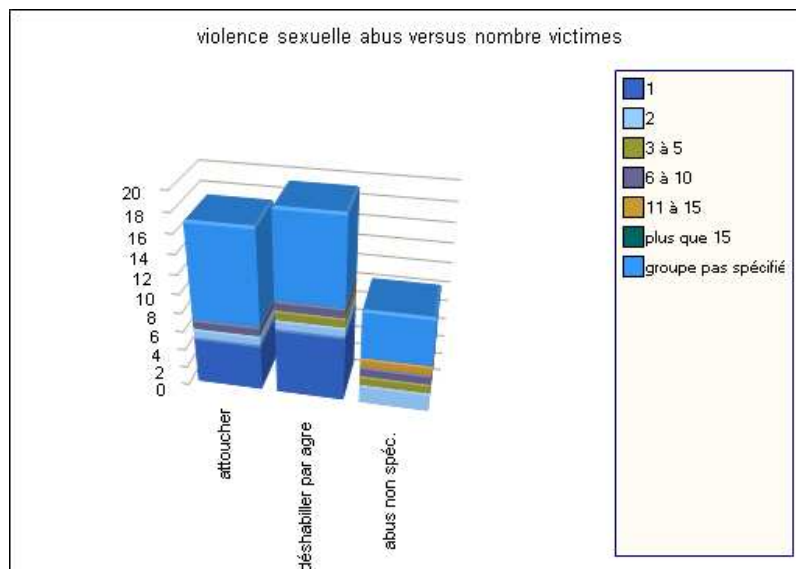


## Abus sexuel

L’abus sexuel est retrouvé dans 46 cas de violence sexuelle. Il s’agit ici de violence sexuelle avec contact physique mais sans pénétration. Dans 10 cas, il s’agit d’abus sexuel sans précision sur la nature du contact physique. Pour les autres actes, la caractéristique la plus commune était le déshabillage par l’agresseur (19 fois), décrit comme “arracher, déchirer les vêtements ou les habits ». Les autres formes de contact étaient décrits comme étant des « attouchements » (7), « toucher les seins » (5), « fouiller jusqu’au soutien gorge » (4).

*« Oui, je me rappelle, le jour où les militaires marocains ont violé, on était coupable de viol. Parce qu’il y avait deux filles, heureusement il y a une fille qui était en période de règles. Lorsque ils ont senti qu’elle était en période de règles et elle avait placé, elle avait, au bout du sexe. Ils ont constaté, ils ont touché les seins, le corps, mais elle n’a pas été... (silence) »*

*Interviewé de la Côte d’Ivoire, Jeune*



La victime d’abus sexuel était seule dans 13 cas, et dans 32 autres cas il s’agissait d’un groupe de victimes. 32 victimes étaient féminines et dans 22 actes il y avait au moins un homme présent parmi les victimes. L’âge des victimes d’abus sexuel était dans 14 actes décrit comme ‘jeune, garçon ou fille’, entre 19 et 29 ans (3), mineur (1) ou adulte (1). Pour 27 actes, l’âge n’a pas été spécifié. L’origine des victimes n’a pu être identifiée que pour 7 actes, et il s’agissait à chaque fois d’une origine différente. Dans 15 actes, l’interviewé était parmi les victimes, dans 14 actes il s’agissait de connaissances et dans 9 actes l’interviewé a été spectateur de la violence. Un interviewé a reconnu être parmi les agresseurs de l’acte d’abus sexuel.

*« J’ai vu des gens qui faisaient des contrôles des voitures lors de passage dans les barrières non officielles (Bradage ou braquage à mains armés), une voiture qui était arrêtée avant nous, il y avait une fille là que je crois qu’on l’a violé. Moi-même j’ai risqué parce que mon mari avait l’argent, il leur a donné c’est pourquoi qu’ils m’ont laissé et il y avait déjà un qui me touchait déjà par mes seins. Ils disaient si mon mari ne leur donne pas l’argent ils vont me faire tout ce qu’ils voulaient. »*

*Interviewé de la Centre-Afrique, Jeune*

Pour la moitié des actes d’abus sexuel (27), le nombre d’agresseurs présents au moment des faits n’a pas été spécifié. Pour 5 actes, il s’agissait d’un groupe entre 6 et 10 personnes, et pour 4 actes d’un groupe

entre 3 et 5 personnes. Les origines des agresseurs d’abus sexuel les plus citées étaient : Marocains (11), Nigériens (8), Congolais R.D.C. (5) et Algériens (5). L’agresseur a 14 fois été décrit comme étant un bandit(s) et 11 fois comme étant policier, gendarme ou militaire. Pour 8 autres actes il s’agissait du chef/président de la bande, du guide, de la famille ou d’une combinaison de ceux-ci.

*« C’était à Oujda lors des refoulements, il y avait des policiers qui nous avaient arrêtés pour nous refouler. Déjà ils nous avaient agressé, ils nous avaient frappé ensuite il y avait les moments quand on voulait boire quelque chose, ou même de manger ils nous donnaient même pas d’eau pour boire (...) les policiers nous fouillaient, ils cherchaient je ne sais pas quoi certainement l’argent, ils nous fouillaient jusqu’à bas des soutiens.*

*Interviewé du Congo Brazzaville, Jeune*

Les lieux où l’abus sexuel a été commis ont principalement été identifiés comme étant Oujda (15 actes), la frontière entre l’Algérie et le Maroc (5) ou « pendant le refoulement vers Oujda » (3). Parmi les autres références aux lieux d’abus, on retrouve le Maroc (4), l’Algérie (3) et « pendant la route de migration vers le Maroc ». Pour 17 actes, l’abus sexuel a eu lieu dans un endroit public et pour 7 l’abus a eu lieu dans le logement même de l’agresseur.

L’interviewé a décrit une réaction de la victime pour 31 actes. Mais pour plus de la moitié des cas, la victime a soit subi la violence (17 actes), soit résisté de manière essentielle (12). Les réactions des interviewés et des co-migrants comme spectateurs étaient du même ordre.

## Viol

Des 141 actes de violence sexuelle dans lesquels il s’agissait de viol, nous constatons que la majorité des actes (81 actes) étaient des viols collectifs, c’est-à-dire des viols commis par plusieurs agresseurs en même temps. Pour 30 actes, il s’agissait de viols multiples: des viols commis par un ou plusieurs agresseurs mais successivement. 7 de ses viols sont des viols collectifs successifs et 6 de ces viols collectifs étaient systématiques. Il y a eu 27 actes de viols singuliers et 3 tentatives de viol.

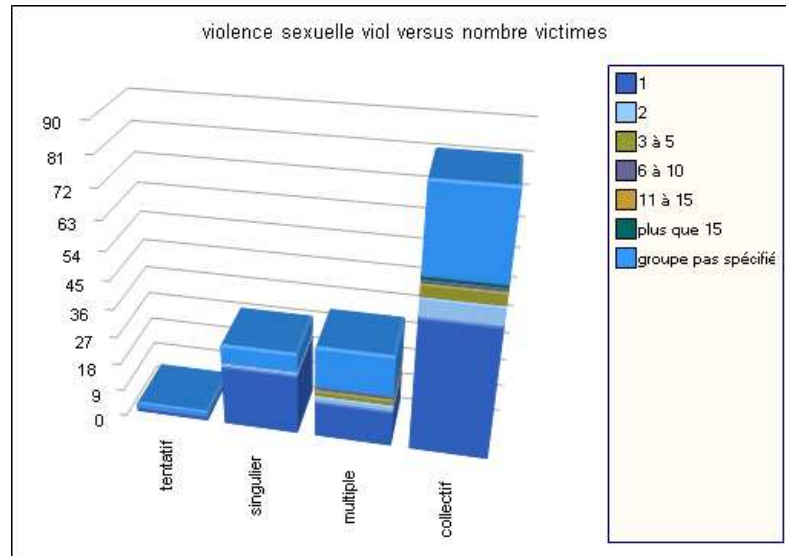
*« J’étais victime de viol. (...) On arrivait à Tamaraset on dormait sous le bois, parce qu’on a pas de maison. (...) mais, pendant la nuit je dormais, trois garçons sont venus me prendre, il m’ont dit qu’il y avait la police. Il fallait qu’on fuie. Ils m’ont amené à ceux qui dormaient. C’est là où ils sont partis me violer, cinq personnes m’ont violé. Ils ont abusé de moi, ils m’ont forcé de faire des choses que j’ai pas voulu, ils m’ont arraché les habillés. Ils m’ont forcé, je ne sais pas comment je pouvais dire. »*

*Interviewé de la Guinée, Mineur*

Dans la majorité des cas (77), la victime était seule, dans 48 cas les victimes étaient un groupe non-défini et dans 16 cas le groupe variait de 2 (8 actes) à 15 personnes (1 acte). Les victimes étaient féminines pour 121 et masculines pour 53 actes. Pour ce qui est de l’âge, la victime était ‘jeune, garçon ou fille’ pour 58 actes et elle avait moins de 30 ans pour 13 actes. Pour 60 actes, l’âge n’a pas pu être défini, ou concernait un mélange d’âges.

Pour la majorité des actes (86) l’origine n’a pas pu être définie. Lorsqu’il était possible de la définir, l’origine des victimes reflétait celui de l’interviewé: 20 victimes de la R.D.C, 9 du Cameroun et 7 de la Côte d’Ivoire. Pour 51 actes, la victime était une proche connaissance de l’interviewé, pour 33 actes l’interviewé était spectateur et pour 18 actes l’interviewé était elle-même la victime même ensemble avec des co-migrants ou seule(15).

‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention



Pour les actes de viol multiple, la violence a été commise par un seul agresseur pour 8 actes et par un groupe inférieur à 10 agresseurs pour 6 actes. Pour 16 actes le nombre d'agresseurs n'a pas été précisé. En ce qui concerne les viols collectifs, il y a eu 5 actes commis par 2 agresseurs, 15 par 3 à 5 agresseurs, 12 par un groupe de 5 à 15 agresseurs, et 2 avec plus de 15 agresseurs. Pour 47 actes de viol collectif, le nombre d'agresseurs du groupe n'est pas connu.

Pour 34 actes il est possible, bien que peu probable, qu'il y ait eu des femmes parmi les agresseurs. 41 viols ont été commis par des Nigériens, 35 par des Marocains, 16 par des Subsahariens mélangés ou non-précisés, 11 par des Subsahariens anglophones, 9 par des Algériens et 4 par des Touaregs. Pour 84 actes où l'(es)agresseur a (ont) été identifié(s), les victimes ont été violées par des bandit(s) (36), des militaire(s)-gendarme(s)-policeur(s) (15), des chefs-président de bande (avec leur bande) (9), des guide(s)-chauffeur(s)-passeur(s) (9).

*« Je suis... bon... je suis victime... si je te dis ça, je sais que ce n'est pas difficile. Mais depuis le jour là je n'ai pas vraiment eu le courage de le dire à quelqu'un, mais si je te le dis je sais que tout ça, tu fais ça pour nous. C'est ça qui me pousse à le dire. Moi j'ai été victime quand je venais ici au Maroc. La ville, la dernière ville en Algérie, on l'appelle Magnia. Là-bas c'est là où on m'a arrêté. On m'a demandé de l'argent. Comme je n'avais pas d'argent. On était beaucoup. On nous a demandé de l'argent, comme moi j'en avais pas, on m'a arrêté là-bas. J'ai fait un mois là-bas. On m'a violée. On me violait chaque jour. Donc presque tous les jours, la nuit comme le jour. C'était vraiment difficile pour moi. J'ai fait un mois là-bas jusqu'à ce qu'on m'ait libéré, parce que je n'avais rien. Eux mêmes ont vu que je n'avais rien. Donc c'est pour cela qu'ils m'ont libérée. (Tu as été violée par combien de personnes ?) Je ne sais pas parce qu'il y avait beaucoup de gens, il y avait beaucoup de garçons. Je ne peux même pas compter, parce que je fermais même les yeux quand je voyais. Tellement ça me faisait mal, je n'avais même pas le courage de le voir, de penser à ça. Comme c'était d'habitude, je me laissais faire comme ça. C'était vraiment difficile, c'était difficile. »*

*Interviewé de la RDC, Jeune*

Les lieux du viol sont à nouveau le plus souvent Oujda (36), la frontière entre l'Algérie et le Maroc (17), pendant refoulement vers Oujda (14), le Maroc (13), pendant la route de migration (7) et l'Algérie (6). Dans 46 cas, le viol a été commis dans le logement de l'agresseur (31), dans le logement de la victime (15), dans des endroits publics (20), dans la forêt, la brousse ou le désert (14).

La réaction de la victime a été de subir/d’être passive (47), de “réagir, refuser” (32) ou de “fuir, s’échapper” (3).

Pour 102 viols, les conséquences ont été données. Les plus fréquentes étaient (51 fois) des conséquences physiques non-sexuelles temporaires (29), permanentes (7) ou fatales (3). 7 autres viols ont provoqués des conséquences temporaires ou permanentes qui demandaient des traitements médicaux. Pour 46 viols, l’interviewé a décrit une ou plusieurs conséquences affectives-psychologiques. Par ailleurs, 34 actes ont provoqués des conséquences sexuelles-reproductives et 17 des conséquences socio-économiques.

*« 'Étais avec ma tante à Tamanrasset. On sortait pour aller acheter quelque chose. Et puis il y a des soldats, militaires qui nous arrêtaient. Ils ont voulu me violer mais ma tante a refusé. Ils ont tellement insisté que ma tante ait accepté. Et puis depuis ce jour c’est devenu une occasion pour... pour ma tante. Et maintenant nous avons traversé... nous sommes arrivées à Magnia. Maintenant arrivé à Magnia, on nous a séparé : elle était avec les camerounais et moi avec les nigériens. Et puis j’étais la femme de Etimmon. Et puis j’étais tombée enceinte mais je ne savais pas que j’étais enceinte puisque il n’y a pas d’hôpital à côté et mon ventre poussait, poussait. Et environ, de minuit à une heure, l’enfant voulait sortir. Tout le monde a amené ce qu’il pouvait pour me faire accoucher mais ça n’a pas pu. L’enfant est décédé tout ça et puis ma situation vraiment, j’étais vraiment malade. Et après ça Etimmon a eu pitié de moi, il m’a laissé parce que j’étais malade tout ça, donc il m’a laissé et il y a des gens qui ont eu pitié de moi. Je suis venue à Oujda et d’Oujda maintenant c’est là-bas que les Médecins Sans Frontières sont venus pour me prendre. C’est ça quoi.”*  
Interviewé de la Guinée, Mineur

## Violence sexuelle exploitation

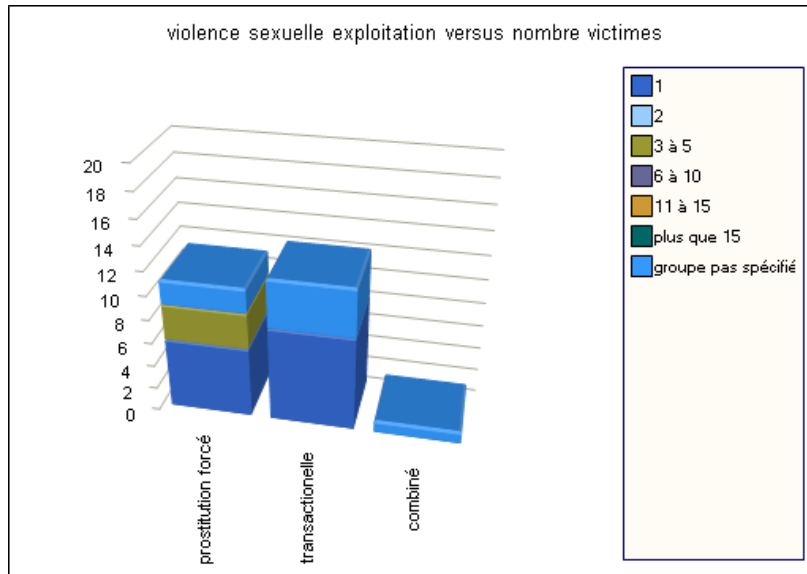
Parmi les actes de violence sexuelle, il y en a 24 qui tombent sous la catégorie de l’exploitation sexuelle dont 12 actes de prostitution forcée (10) ou d’esclavagisme sexuel (2), 13 actes d’exploitation transactionnelle: 10 avec référence explicite à des rapports sexuels ‘pour pouvoir partir ou pour accorder le passage’ et 3 rapports sexuels forcés pour de l’argent. Dans 1 cas, nous avons observé une combinaison de prostitution forcée et d’exploitation transactionnelle.

La majorité des victimes étaient victimisées seules (14). Pour 3 actes, il s’agit d’un groupe de victimes entre 3 et 5 personnes, et pour 7 actes le nombre du groupe de victimes n’a pas été précisé. Pour 6 actes, les victimes étaient de sexe masculin, et pour 20 les victimes étaient de sexe féminin. Les victimes ont été décrites comme ‘jeune, garçon ou fille’ dans 11 actes, et 3 fois âgé de 19 à 29 ans.

*« J’ai vu un garçon, je lui ai expliqué tout et il m’a dit viens je vais t’amener chez un monsieur qui pourra t’aider ; on n’était parti et arrivée chez ce monsieur, il m’a donné de l’eau, j’ai pris une douche et il m’a donné à manger. Après il m’explique que lui il aide beaucoup de gens pour voyager. Mais, il faut travailler c’est ce qu’il fait pour tous ceux qu’il a aidé. Je lui ai dit je vais travailler comment ; il me dit de me prostituer et c’est lui qui prenait l’argent. Il a appelé trois hommes qui m’attrapèrent par la tête, ils tenaient mes cheveux (pleurer) je disais bon, ils m’ont fait l’amour partout, par le vagin, l’anus, les seins et ils m’ont mis les spermatozoïdes partout. »*  
Interviewé du Rwanda, Jeune

Pour 11 actes d’exploitation sexuelle, la victime était une proche connaissance de l’interviewé, 5 fois l’interviewé a assisté en spectateur et pour 4 actes l’interviewé était elle-même victime. Pour seulement 8 actes l’origine des victimes est connue: 3 Nigériens et 2 Congolais de la RDC. Pour 9 actes la victime était seule et pour 12 actes la victime a subi la violence en groupe. Pour 1 acte d’exploitation sexuelle, l’agresseur a été identifié comme étant une femme et pour 5 autres une femme faisait partie du groupe des agresseurs.





Les agresseurs provenaient surtout du Nigéria (6), de l’Algérie (3) et de la RDC (3) et ceux qui ont pu être identifiés étaient des guide(s)-chauffeur(s)-passeur(s) (4) ou des policiers-gendarmes-militaires (3). La frontière entre l’Algérie et le Maroc (5), l’Algérie (3) et pendant la route de la migration (3) ont été nommés comme les lieux où la violence s’est produite. La réaction de la victime a été dans 16 cas de subir/d’être passive et 4 de réagir/refuser.

*« Ma sœur m’avait envoyé chez elle parce que la femme connaissait les gens des nigériens qui portaient en Europe, elle m’a donné entre les mains de ces hommes-là et on est parti, on était au nombre de 8. Arrivés au Maroc à la ville de Fès, ces messieurs-là ont amené 3 femmes et ont dit que ces 3 femmes vont partir en Europe, nous, nous allons rester, on leur a demandé, ils nous ont dit qu’ils nous ont vendu nous on ira en Europe après et ils nous ont enfermé dans la maison. La nuit, quand on dormait, les messieurs venaient et montaient sur nous, on avait rien à dire, ils nous violaient la nuit, pendant la journée les gens venaient payer de l’argent pour coucher avec nous et puis leur donnaient de l’argent. »*  
Interviewé de la Centre-Afrique, Jeune

## Violence sexuelle torture

Il y a 2 actes de torture sexuelle dont les victimes étaient féminines les deux fois. Une Nigériane a été torturée sexuellement par un Nigérian et un Sénégalais à Chibrichi (Algérie). L’autre acte de torture sexuelle a été subi par un groupe de femmes torturées par un groupe d’Algériens et de Marocains à Oujda.

## 2.5. DEFINITION PERSONNELLE DE VIOLENCE SEXUELLE

146 interviewés (94,81%) avaient une définition valable de la violence sexuelle. Pour 137 cas, soit 88,96% des entretiens, une ou plusieurs références étaient faites à un acte non sollicité et sans réciprocité, décrit comme un acte ‘sans consentement, sans accord’ (68 ou 44,16%), ‘forcé, par la force’ (64 ou 41,56%), ‘pas un acte volontiers, sans volonté’ (38 ou 24,68%).

110 interviewés (71,43%) ont défini la violence sexuelle dans le sens d’un viol : le plus souvent ils la décrivaient comme ‘l’acte ou le rapport sexuel’ (52 ou 33,77%), ‘faire l’amour’ (29 ou 18,83%), ‘violier’ (16 ou 10,39%) et ‘coucher’ (12 ou 7,14%). Dans 28 entretiens (18,18%) ils parlaient d’abus sexuel, décrit comme ‘abuser’ (14 ou 9,09%) ou ‘toucher, contact intime’ (9 ou 5,84%). 8 interviewés (5,19%) l’ont également définie comme du harcèlement sexuel.



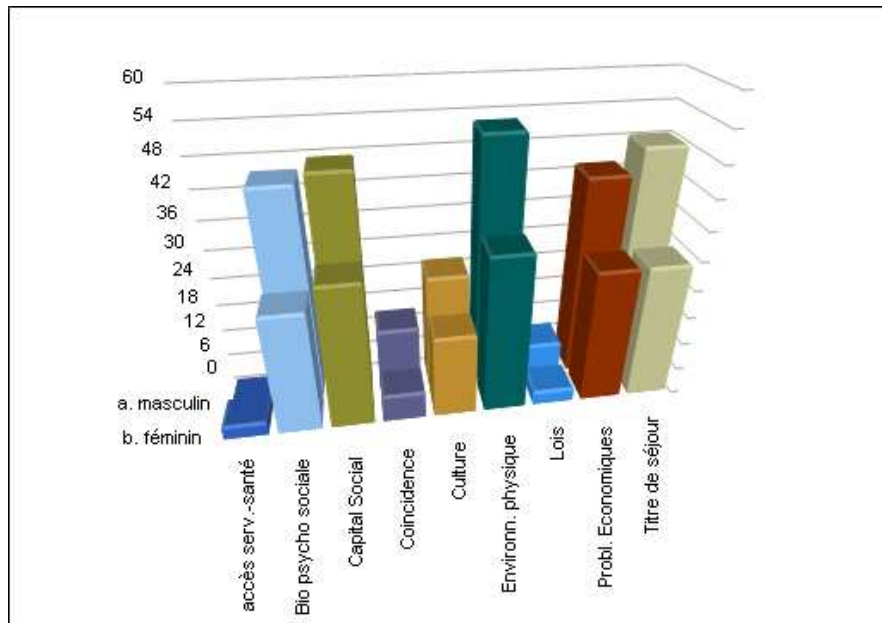
20 interviewées avaient une réponse allant plutôt dans un sens général parlant « d’une chose, relation,... forcée » (7 ou 4,55%), ou « d’un acte, d’un agresseur sans aucun sentiment envers son prochain » (3 interviewées), ou (6): ‘(plus que) un crime’ ou ‘quelque chose qu’on doit éradiquer’.

11 interviewés (7,14) ont explicitement dit qu’il s’agit de violence physique d’après leur définition, à savoir battre, gifler,... Pour 32 interviewés (22,08%) la victime est féminine, pour 9 (5,84%) la victime peut être féminine ou masculine. 92 (59,74%) ne parlent pas de la victime, ou seulement d’une personne’. L’agresseur était seulement abordé dans 15 entretiens (9,74%) et pour 14 d’eux (9,09%) il était masculin.

Nous constatons peu de différences dans la définition de la violence sexuelle selon le sexe, l’âge ou l’origine de l’interviewé. Nous constatons seulement que les hommes répondent plus à cette catégorie d’abus sexuel (20 ou 21,28% d’eux) et avec une idée générale (14 ou 14,89% d’eux) que les femmes (respectivement 8 ou 13,33% et 6 ou 10% d’elles).

## **2.6 FACTEURS DE RISQUE POUR LA VIOLENCE SEXUELLE**

Lorsque nous avons posé des questions aux interviewés sur les facteurs pouvant augmenter le risque d’être victimisés sexuellement, nous avons obtenu les réponses suivantes :



Lorsque nous avons posé des questions aux interviewés sur les facteurs pouvant augmenter le risque d’être victimisés sexuellement, nous avons obtenu les réponses suivantes :

152 interviewés (98,7%) ont fait 601 références à un des facteurs de risques suivants. 86 interviewés (55,84%) ont fait une ou plusieurs (pour un total de 111) références à l’environnement physique. Les facteurs les plus décrits dans cette catégorie sont: ‘l’environnement, le milieu (de résidence) (41 interviewés soit 26,62%), la ‘guerre (dans le pays d’origine ou en Afrique en général)’ (20 soit 12,99%), l’‘(in)sécurité’ (19 soit 12,34%), et les ‘endroits dangereux, non sécurisés’ (13 soit 8,44%).

78 interviewées (50,65%) ont fait une ou plusieurs références (91 au total) au capital social : 71 d’entre elles (46,1%) concernent le réseau social et 14 (9,09%) l’information et la connaissance. Les facteurs concernant le réseau social les plus décrits sont : l’entourage, les proches (46 soit 29,87% des interviewées) et ‘se retrouver seul ou isolé’ (21 soit 13,64%). Les deux références les plus importantes



concernant l’information et la connaissance sont ‘le manque d’information sur la route de la migration’ (6 interviewés) et ‘l’ignorance sur la migration en général’ (5 interviewés).

77 interviewés, soit la moitié, ont fait une ou plusieurs références (pour un total de 99) concernant le titre de séjour. Deux facteurs importants sont à noter : ‘la clandestinité, le manque de papiers (en général)’ (47 ou 30,52% des interviewés) et ‘le refoulement’ (41 ou 26,62%).

Les problèmes socio-économiques (93 références) sont des facteurs de risque qui ont une influence significative sur la violence pour 72 interviewés (46,75%). Le ‘manque d’argent, de moyens ou la pauvreté’ est le plus cité (59 interviewées ou 38,31%), suivi par le ‘chômage, le manque d’emploi’ (12 ou 7,79%) et ‘la situation dans les pays d’origine’ (8 ou 5,19%).

71 interviewés (46,1%) ont fait une ou plusieurs références (111 en total) aux facteurs bio-psycho-sociaux : 60 d’entre elles (38,69%) entrent dans la catégorie des Facteurs BPS biologiques et comportementales, 11 (7,14%) entrent dans les Facteurs BPS genre et 15 (9,74%) dans les Facteurs BPS mentaux. Les facteurs biologiques et comportementales les plus décrits sont : ‘le façon de s’habiller ou l’accoutrement’ (27 soit 18,18%), ‘quitter le pays ou la quête d’un meilleur avenir’ (13 soit 8,44%) et ‘rentrer tardivement, sortir la nuit’ (8 soit 5,19%). Dans les BPS mentaux, ce sont ‘l’inconscience ou la naïveté’ (7 interviewées) et ‘le caractère’ (6 interviewées) qui sont le plus cités. Pour les facteurs de BPS de genre, on peut citer la ‘vulnérabilité des femmes’ et l’‘abstinence longue (des hommes)’ (4 interviewés pour chaque).

Des facteurs culturels ont été mentionnés 56 fois par 43 interviewés soit 27,92% d’entre eux. Les plus importantes sont : ‘la société où on vit’ (20 interviewés soit 12,99%) et la communauté (12 soit 7,79%). Les facteurs de coïncidence (20 interviewés soit 12,99%) étaient souvent décrits comme des ‘agresseurs, individus au caractère, à la volonté de faire mal,...’ (12 soit 7,79%) ou comme ‘un événement, ça arrive ou on ne peut pas le prévenir’ (5 interviewés).

Les facteurs de lois ont été cités par 10 interviewés (6,49%) : l’‘instabilité politique du pays d’origine’ (6 fois) et ‘le gouvernement Marocain’ (3 fois) étant les plus importants. 3 interviewés ont remarqué qu’ils ne pouvaient pas porter plainte à cause d’un manque de papiers.

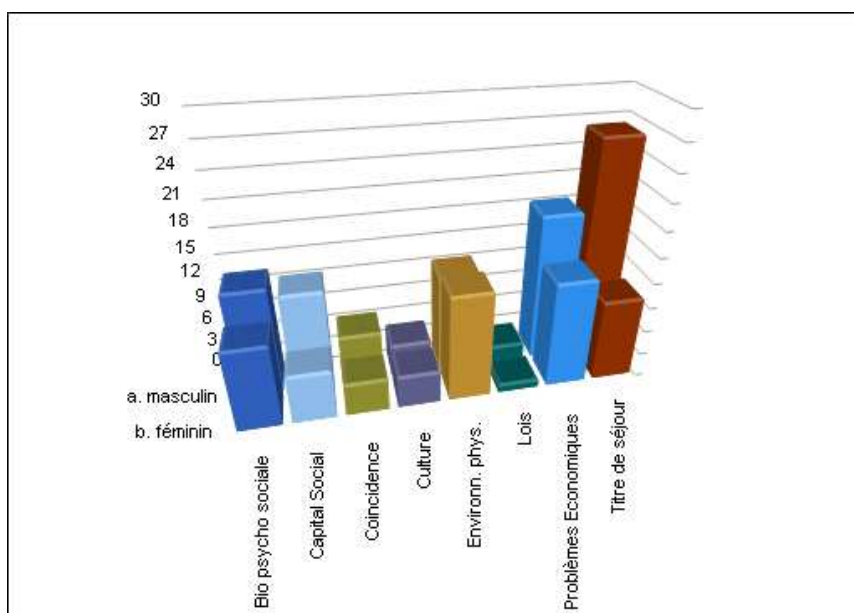
Les différences entre les interviewés masculins et féminins étaient minimales. Il y a seulement une catégorie où la différence était de plus de 5% : 14 hommes (14,89% d’entre eux) ont parlé de facteurs de coïncidence, contrairement à seulement 4 femmes soit 6,67% d’entre elles.

Les écarts entre les deux groupes d’âge majeurs, d’une part celui de 19 à 29 ans (89 interviewés) et celui de 30 à 49 ans (50 interviewés) sont les plus remarquables. Proportionnellement, on voit que les plus jeunes citent plus facilement les catégories liées au capital social et au titre de séjour (49,43% chacun), les BPS et les problèmes économiques (48,32% chacun) et la coïncidence (15,73%). Seulement 44% des interviewés entre 30 et 49 ans ont cité le capital social, 32% le titre de séjour, 42% les BPS, 44% les problèmes économiques et 8% la coïncidence. La différence est que cette dernière catégorie a fait plus de références à l’environnement (64% contre 55,06%) et les lois (14% contre 3,37%).

La différence la plus remarquable entre les différentes origines est que les interviewés provenant de la R.D.C. ont plus fait référence que les autres interviewées aux facteurs BPS (30 soit 58,82% d’entre eux) et moins au capital social (22 soit 41,18% d’entre eux).

Nous avons également demandé aux interviewés classer les facteurs de risques par degré d’importance. Le titre de séjour vient en première place (38 interviewés soit 24,68%), suivi des problèmes économiques (31 soit 20,13%), de l’environnement physique (25 soit 16,23%), des facteurs BPS (23 ou 14,94%) et du capital social (18 soit 11,69%). Les facteurs de coïncidence (10), de culture (8), et les lois (3) ne remportent ensemble que 13,64% des réponses des interviewés.





Pour les facteurs de risques secondaires, pour les 134 interviewées (87,01%) qui ont parlé de facteurs de risques secondaires, on a à peu près la même division que ci-dessus avec l’environnement physique (27 soit 17,53%), le titre de séjour (26 soit 16,88%), les problèmes économiques et le capital social (les deux avec 24 soit 15,58%) et les BPS (18 soit 11,69%) occupant les premières places.

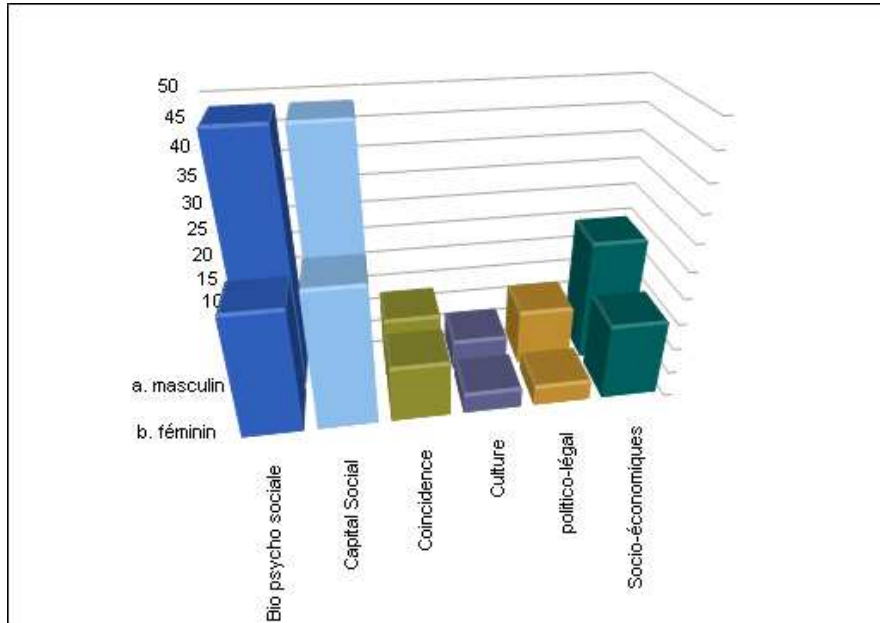
Seuls 96 interviewés (62,99%) ont parlé d’un facteur de risque tertiaire. Néanmoins, ce qui est important à noter dans ces chiffres est que 21 de ces interviewés (13, 64%) ont considéré que les facteurs culturels étaient importants. Ce facteur tertiaire le plus important est suivi du titre de séjour (17 soit 11,04% du total des interviewés) et des problèmes économiques (16 soit 10,39%).

## **2.7 PERCEPTION DE LA PREVENTION**

### **2.7.1 Facteurs de prévention sur les niveaux micro/meso/macro**

#### **Facteurs de prévention au niveau micro :**

146 interviewés (94,81%) ont cité un ou plusieurs facteurs de prévention de la violence sexuelle au niveau micro (ou personnel). Selon 23 d’entre eux (14,94%), une personne seule ne peut rien faire, ou en tous cas cela serait très compliqué.



75 d’entre eux (48,70%) ont mis en exergue un ou plusieurs facteurs de capital social. Sous cette catégorie ce sont les facteurs d’information et de connaissances qui ont été le plus soulignés avec 43 interviewés (soit 27,92%) qui ont décrits les plus importants comme ‘s’informer, prendre les informations en considération’ (19 soit 12,34%), ‘témoigner, en parler’ (17 soit 11,04%) et ‘sensibiliser, conseiller’ (13 soit 8,44%). Les autres facteurs de capital social sont liés au réseau social (tel que souligné par 39 interviewés soit 25,32%). Cette dernière catégorie a le plus souvent été décrite comme : ‘être accompagné, en groupe’ (20 soit 12,99%) et ‘avoir un bon entourage ou éviter un mauvais entourage’ (19 soit 12,34%). Des facteurs bio-psycho-sociaux ont été identifiés par 72 interviewés (46,75%). Pour 44 d’entre eux (28,57%) des facteurs biologiques et comportementaux comme ne ‘pas quitter son pays d’origine’ (13 soit 8,44%), ‘rentrer tôt le soir, ne pas sortir (la nuit)’ (12 soit 7,79%) et ‘s’habiller ‘correctement’’ (11 soit 7,14%), sont primordiaux. 35 des interviewés (22,73%) ont cité des facteurs mentaux tels qu’ ‘être prudent, vigilant, méfiant’ (30 soit 19,48%), ‘savoir se maîtriser, se contrôler’ (5 interviewés). 8 interviewés (5,19%) ont mentionné des facteurs de genre comme : ‘prudence avec les garçons, hommes’ (3 interviewés) ou ‘déconseiller aux femmes-filles de migrer’ (2 interviewés). 39 interviewés (25,32%) citent des facteurs socio-économiques. 34 d’entre eux (22,08%) ont abordé des facteurs d’environnement physique comme ‘éviter les chemins et les endroits isolés ou dangereux’ (25 soit 16,23%) ou ‘éviter la route (du désert, des frontières)’ (7 interviewés). 6 de ces 39 interviewés ont mentionné des facteurs économiques comme ‘avoir ou chercher du travail’ (5).

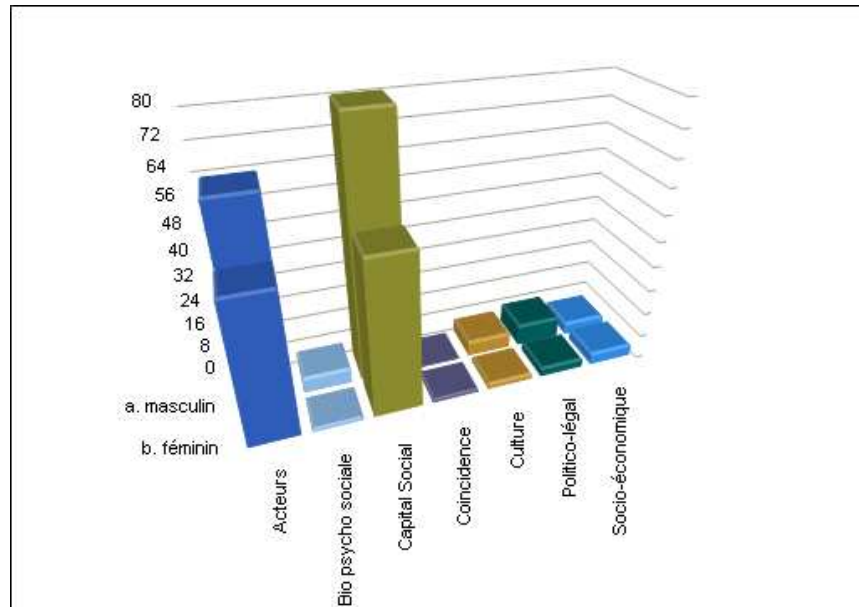
Des facteurs politico-légaux au niveau micro ont été identifiés par 15 interviewés (9,74%) tel que le manque de titre de séjour. Les facteurs de prévention les plus décrits sont ‘avoir des papiers ou être/se mettre en règle’ (9 interviewés) ou ‘éviter des voyages clandestins, l’aventure’ (4 interviewés). Les facteurs culturels comme ‘croire en, compter sur Dieu, suivre la religion’ (7 interviewés) ou ‘la considération, le respect mutuel’ (2 interviewés) ont été cité par 10 interviewés ou 6,49%. En règle générale, les interviewés masculins ont cité plus de catégories différentes. Le chiffre le plus remarquable illustrant cette tendance est que 48 (51,06%) des interviewés ont mentionné un ou plusieurs facteurs de prévention BPS comparés à 24 interviewées féminines (40% d’elles). Par contre, pour 18,33% (11) des femmes, la prévention au niveau micro serait difficile voire impossible à réaliser. Parmi les hommes il en avait 12 (soit 12,77%) qui adhéraient à cette pensée.

Un fait étonnant est que selon l’âge des interviewés, l’importance accordée aux catégories de facteurs de prévention diffère. Pour ceux entre 19 et 29 ans, ce sont les facteurs BPS (46 soit 51,09%), et les facteurs de capital social (42 soit 47,19%) qui sont les plus importants. Alors qu’on note une tendance inverse chez

les interviewés entre 30 et 49 ans : seulement 28 (56%) ont souligné l’importance des facteurs de capital social et seulement 17 (34%) celle des facteurs BPS. On ne note cependant pas de différences remarquables selon l’origine des interviewés.

### Facteurs de prévention externes méso :

139 interviewés (90,26%) ont cité un ou plusieurs facteurs de prévention de la violence sexuelle au niveau méso.



La grande majorité (130 d’entre eux soit 84,42% du total) ont fait référence à la catégorie du capital social et plus particulièrement, aux facteurs d’information et de connaissance (127 soit 82,47%). Ce dernier chiffre est très lié à la sensibilisation. En effet, 108 interviewés (70,13%) considèrent que ‘conscientiser, sensibiliser, conseiller (ou faire campagne)’ est de la plus haute importance. Certains vont même au-delà en précisant que la ‘sensibilisation au pays d’origine’ (19 soit 12,34%), la ‘sensibilisation, conseiller les jeunes’ (14 soit 9,09%) et ‘conscientiser, conseiller les coupables’(12 soit 7,79%) sont des facteurs de prévention qui ne doivent pas être mis à l’écart.

13 interviewés (8,44%) ont souligné un ou plusieurs facteurs de prévention du réseau social comme ‘créer un réseau ou une association entre ou pour Subsahariens’ (5 interviewés).

8 interviewés (5,19%) citent les facteurs d’accès aux services et de la santé comme ‘aider/s’occuper des victimes’ (4 interviewés) comme facteurs de prévention méso. 8 autres y ajoutent des facteurs socio-économiques comme ‘aider les autres à gagner leur vie’ et la ‘sécurité d’environnement’ (4 interviewés chaque). Des facteurs de culture, comme le ‘respect mutuel’ ont été souligné par 7 interviewés et les facteurs BPS par 6.

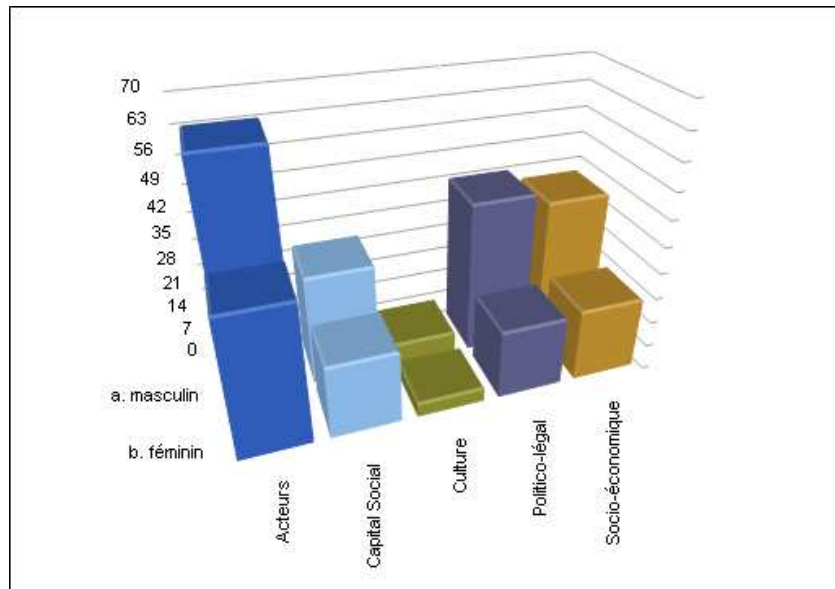
109 interviewés ont pensé à un ou plusieurs acteurs à ce niveau méso qui pourraient aider à mettre en place ce genre de prévention. Les plus cités sont : les médias (par 43 interviewés soit 27,92%), ‘la société (ou tout le monde)’ (par 38 soit 24,68%), ‘les (membres des) communautés’ (par 33 soit 21,43%), les ‘associations, organisations’ et l’‘entourage, proches’ (20 interviewés chaque fois soit 12,99%), la famille (par 21 soit 13,64%) et les ‘autorités-institutions religieuses’ (20 soit 12,99%).

Les facteurs d’information et de connaissance sont encore plus importants aux yeux des interviewés plus âgés : 44 interviewés âgés de 30 à 49 ans (88%) ont au moins cité un de ces facteurs. Parmi les interviewés

entre 19 et 29 ans, il y en avait 71 (79,78%). On ne note pas de grands écarts selon le sexe ni l’origine de l’interviewé.

### Facteurs de prévention macro:

115 interviewés (74,68%) ont cité un ou plusieurs facteurs de prévention de la violence sexuelle au niveau macro.



Les facteurs politico-légaux sont les plus cités à ce niveau avec 61 interviewés (39,61%). Parmi ceux-ci, pour 40 interviewés (25,97%) un ou plusieurs facteurs de loi jouent un rôle de prévention majeur. Les plus décrits sont : ‘juger arrêter, punir les coupables (sévèrement)’ (26 soit 16,88%), ‘appliquer, faire respecter la loi’ (10 soit 7,14%) et ‘rédiger des lois (plus strictes)’ (9 soit 5,84%). 27 interviewés ( 17,53%) ont souligné un ou plusieurs facteurs de prévention relatifs au titre de séjour comme ‘la régularisation, les papiers (provisaires ou permanents)’ et ‘arrêter, plus de refoulements’ (13 interviewés chaque soit 8,44%). 6 interviewés ont tout particulièrement insisté sur les facteurs concernant l’accès aux services et à la santé.

Les facteurs socio-économiques sont soulignés par 59 interviewés (38,31%). Pour 35 d’entre eux (22,73%) l’environnement physique est important. Les facteurs les plus décrits sont : la ‘sécurité’ en général (17 soit 11,04%) et la ‘sécurité aux frontières’ (13 soit 8,44%). 31 interviewés (20,13%) ont tout particulièrement insisté sur les facteurs économiques. La ‘création d’emploi, combattre le chômage’ est le facteur économique le plus décrit (18 soit 11,69% des interviewés), suivi par la ‘stabilité (économique) et le degré de développement du pays d’origine’ (11 soit 7,14%), et enfin par l’ ‘amélioration des conditions de vie’ (5 interviewés).

50 interviewés (32,47%) ont cité des facteurs d’information et de connaissance au niveau macro. Comme pour le niveau méso, la sensibilisation joue également un rôle de prévention majeur: 32 (20,78%) l’ont décrit comme passant par la ‘sensibilisation (faire campagne pour)’, 13 (8,44%) comme la ‘sensibilisation de la population du pays d’accueil ou du Maroc’, et 7 comme ‘parler aux autorités’. 10 interviewés (6,49%) ont aussi identifié des facteurs culturels comme la ‘considération, le respect pour les migrants’ (5 interviewés).

101 interviewés (65,58%) ont pensé à un ou plusieurs acteurs au niveau macro de prévention de la violence sexuelle. Les acteurs les plus mis en avant sont : les ‘autorités, le gouvernement Marocain’ (81 interviewés



soit 52,60%), les ‘autorités, gouvernements du pays d’origine’ (31 soit 20,13%) et les ‘policiers, gendarmes, les militaires’ (18 soit 11,69%).

Il est à noter que les hommes ont plus souligné l’importance des facteurs politico-légaux (42 d’entre eux soit 44,68%) et socio-économiques (39 soit 41,49%) que les femmes (respectivement 19 soit 31,67% d’entre elles et 20 soit 33,33% d’entre elles).

Les interviewés entre 30 et 49 ans ont, quant à eux, plus fait référence aux facteurs politico-légaux (23 soit 46% d’entre eux) et aux facteurs culturels (5 soit 10%) que les plus jeunes, dont la catégorie située entre 19 et 29 ans a respectivement fait référence aux mêmes facteurs à raison de 32 soit 35,96% et 4 soit 4,5% d’entre eux. Nous constatons également que comparativement aux plus jeunes (64 soit 71,9%) , les premiers ont plus référé au niveau macro (39 soit 78% d’entre eux).

### 2.7.2 Prévention de la violence sexuelle par les non-subsahariens

147 (95,45%) interviewés ont creusé leur réponse relative à la prévention de la violence sexuelle lorsqu’il s’agissait d’agresseurs non-Subsahariens. D’après 10 d’entre eux (6,49%), on ne peut rien faire pour la prévenir.

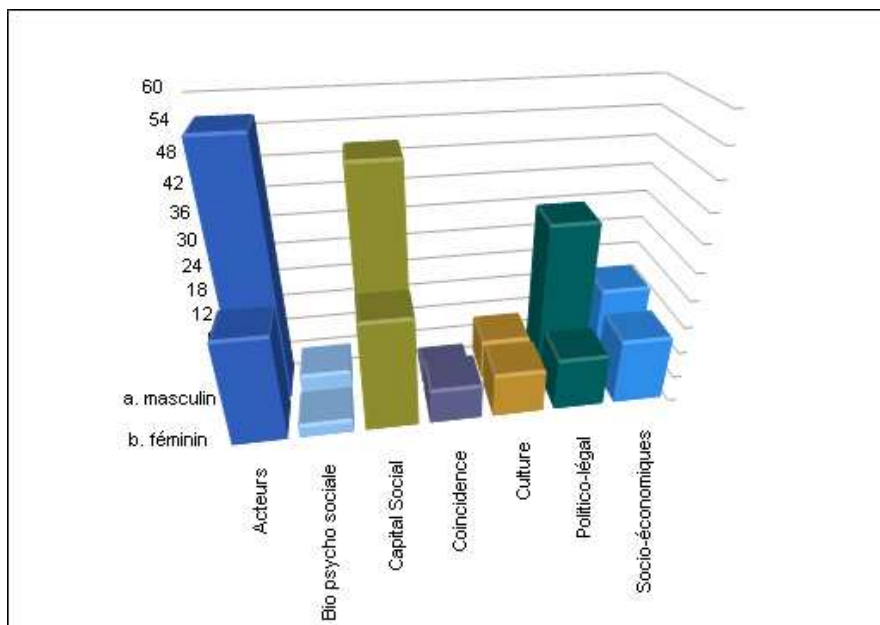
Pour 72 d’entre eux (46,75%), il faut mettre en place des facteurs d’information et de connaissance (39 soit 25,32%) : les ‘(campagnes de) sensibilisation’ (16 soit 10,39%), et ‘sensibiliser les locaux, la population du pays d’accueil’ sont les deux facteurs d’information et de connaissance les plus décrits.

47 d’entre eux (30,52%) ont s facteurs politico-légal comme ‘juger arrêter, punir les coupables (sévèrement)’ (23 ou 14,94%) et ‘régularisation, papiers (provisoires ou permanentes)’ (15 ou 9,74%).

Des facteurs socio-économiques ont été mis en avant par 34 interviewés (22,08%). Les plus décrits sont : ‘(renforcer) la sécurité’ (11 soit 7,14%), ‘sécuriser les frontières’ (6 interviewés) et la ‘création d’emploi, combattre le chômage’ (4 interviewés).

19 interviewés (12,34%) ont particulièrement mis les facteurs culturels en exergue comme la ‘considération, le respect pour les migrants au Maroc’ (13 soit 8,44%) et la ‘lutte contre le racisme’ (8 interviewés).

Pour 80 interviewés, les acteurs de prévention les plus importants sont les ‘autorités, le gouvernement Marocain’ (59 parmi soit 38,31% du total). D’autres y ont ajouté la ‘police, gendarmerie, militaires’ (11 soit 7,14%) et les média (10 soit 6,49%).





Les différences sont plus grandes ici entre les interviewés masculins et féminins : pour les femmes les facteurs culturels (10 soit 16,5% contre 9 soit 9,57% chez les hommes) et les facteurs socio-économiques (15 soit 25% contre 19 soit 20,21% chez les hommes) sont considérés comme les plus importants. Selon 8 femmes ou filles, la prévention est impossible alors que seulement 2 hommes adhèrent à cette pensée. Les hommes ont plus insisté sur les facteurs de capital social (50 soit 53,19% contre 25 soit 41,87% chez les femmes) et politico-légaux (35 soit 37,23% contre 12 soit 20 chez les femmes).

On note le même écart entre les deux groupes majeurs d'âge. Les interviewés entre 19 et 29 ans ont plus mis les facteurs socio-économiques en exergue (23 soit 25,84% contre 7 ou 14% chez ceux de 30 à 49 ans) et ils sont plus pessimistes quant aux possibilités de prévention (8 soit 8,99% contre 1). Les interviewés entre 30 et 49 ans se sont plus axés sur les facteurs de capital social (28 soit 56% contre 39 soit 43,82%) et sur les facteurs politico-légaux (21 soit 42% contre 19 soit 21,35% chez les plus jeunes).

### **2.7.3 Prévention de la violence sexuelle parmi les subsahariens**

149 interviewés (96,75%) ont précisé leur réponse relative à la prévention de la violence sexuelle parmi les Subsahariens. Pour 6 (3,9%), une telle prévention relevait de l'impossible ou ils n'avaient aucune idée sur la manière de la mettre en place.

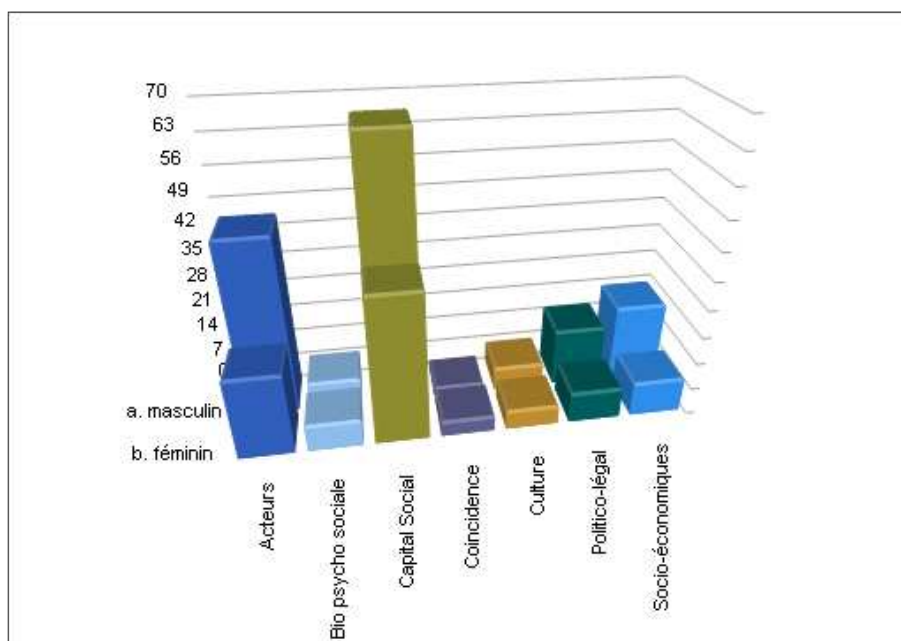
Pour 104 d'entre eux (67,53%), mettre en place un système de prévention est au moins partiellement possible par le biais du capital social. 93 ou 60,39% croient que l'information et la connaissance sont des facteurs de prévention non-négligeables. Les plus décrits étaient de nouveau ‘(campagne) de sensibilisation’ (55 interviewés ou 35,71%), 23 (14,94%) ont spécifié ‘sensibiliser, conscientiser les communautés (subsahariens)’ et 8 (5,19%) comme ‘sensibiliser, conseiller les jeunes’. 23 interviewés (14,94%) ont souligné l'importance des facteurs relatifs au réseau social. Les plus importants étant les ‘réunions, dialogue entre communautés’ (13 soit 8,44%), et 9 (5,84%) ‘liens avec les autres, s'unir, s'organiser’.

29 des interviewés (18,83%) ont ajouté des facteurs socio-économiques comme ‘sécuriser les frontières’ (7 interviewés) et la ‘sécurité ou la protection (en général)’ (6 interviewés) ou encore ‘combattre la pauvreté’ (5 interviewés). D'après 23 interviewés (14,94%) les facteurs politico-légaux ou la ‘régularisation, papiers (provisoires ou permanents)’ (10 interviewés ou 6,49%) et ‘juger arrêter, punir les coupables sévèrement’ (5 interviewés) ont un rôle primordial dans la prévention.

Les facteurs BPS sont cités par 14 interviewés dont ‘rester dans son pays’ et ‘séparer les sexes’ sont les plus importants (4 interviewés chaque).

11 interviewés ont identifié les facteurs culturels comme le ‘respect, la tolérance’ (6 interviewés). 66 interviewés ont pensé à un acteur capable de garantir un tel système de prévention. Les ‘autorités, le gouvernement Marocain’ ont un rôle important pour 24 interviewés (15,58%), les ‘(membres des) communautés subsahariennes’ sont importants pour 18 interviewés (11,69%), suivi par les ‘migrants, les réfugiés (en général)’ (13 interviewés) et ‘le chef/président des communautés’ (11 interviewés ou 7,14%).





On voit ici que les interviewés masculins ont nettement plus mis l'accent sur les facteurs de capital social (66 soit 70,21% d'eux contre 38 soit 65,33% chez les femmes) et socio-économiques (20 soit 21,28% contre 9 soit 15% des femmes). Les autres différences ne dépassent pas les 5%.

On note à peu près les mêmes préférences selon l'âge des interviewés, tout comme c'était le cas pour la prévention pour les non-Subsahariens. Les interviewés entre 19 et 29 ans ont plus cité les facteurs socio-économiques (18 soit 20,22% contre 16% chez eux entre 30 et 49 ans) et ils sont plus pessimistes quant à la possibilité de mettre en place un système de prévention (6 soit 6,74% contre aucun). Les interviewés entre 30 et 49 ans se sont plus axés sur les facteurs de capital social (36 soit 72% contre 57 soit 64,04%) et les facteurs politico-légaux (9 soit 18% vers 11 soit 12,35% chez les plus jeunes).

#### **2.7.4 Participation des participants en prévention**

111 interviewés (72,08%) voudraient participer à la prévention. 15 autres (9,74%) voudraient le faire sous certaines conditions (comme par exemple 5 'y mettre les moyens').

A la question de savoir ce que la grande majorité voudraient faire (105 soit 68,18%) avaient répondu dans le sens de la sensibilisation comme 'sensibiliser, conscientiser, conseiller' (70 soit 45,45%), 'témoigner (en public)' (16 soit 10,39%) ou 'sensibilisation (entre communautés) subsaharienne' (14 soit 9,09%).

6 interviewés voudraient faire de la prévention au niveau du réseau social et 4 ont spécifié qu'ils aimeraient participer à une forme d'assistance sociale ou psychologique.

### **2.8 CONCLUSION**

Depuis le départ de leur pays d'origine jusqu'à leur vie actuelle au Maroc, nous constatons que les transmigrants subsahariens sont très vulnérables à la violence de manière générale, et à la violence sexuelle, en particulier.

La prévention s'avère particulièrement nécessaire pour les jeunes. Si les femmes sont plus vulnérables, les hommes sont également victimes et doivent donc aussi être inclus aux dispositifs de prévention.

Les zones frontalières doivent être considérées comme des lieux de prévention prioritaires.

Enfin, les interventions et les actions de prévention sont à mettre en place d'extrême urgence et devraient tant concerner les niveaux micro que méso et macro. En outre, ces efforts doivent être coordonnés et doivent se baser sur une approche multidisciplinaire.

« Bon, tu es une femme comme moi, il y a des choses que je ne peux pas te raconter que tu ne connais déjà. Et puis euh, ça me fait très mal quand je pense à ça. Comme je te l'avais dit, moi je suis venu par avion et c'est par après 2006 que j'ai été arrêtée et puis refoulée à Oujda. C'était la première fois pour moi d'être à Oujda, de là à Oujda, on nous a renvoyé à la frontière d'Algérie. Comme s'était tard la nuit, nous étions un groupe de 19 filles avec les enfants et les hommes ; nous nous sommes partagées en trois groupes. Moi je me suis retrouvée dans un groupe de 5 femmes. Dans la nuit pendant qu'on marchait, nous sommes tombées entre les mains des policiers marocains qui ont eu pitié de nous, ils nous ont dit qu'ils vont nous garder quelque part le matin, ils vont nous faire sortir pour nous faire entrer dans la ville. Alors, nous nous sommes confiées à eux nous sommes parties là où ils nous ont montré d'aller. Après deux heures du temps ils sont revenus, ils ont commencé à prendre un à un pour nous amener à la forêt là-bas.

(...)

Nous, ils nous disaient non voilà on vous sépare pour qu'on ne puisse pas encore vous arrêter par nos amis, C'est par après le matin que nous tous nous avons compris qu'ils ne nous séparaient pas pour nous protéger mais, pour nous violer. Euh, on nous a fait l'amour violement. Jusqu'aujourd'hui j'ai de peine, quand je pense à cela je pleure toujours parce que c'est un rapport involontaire et non protégé. (...)

Ils nous ont mis dans une maison inachevée et puis après une heure ou deux heures du temps, ils sont revenus, ils ont choisi donc les trois là chacun choisissait un-un, une fille ils sont parti soit disant pour nous cacher séparément. Moi je suis restée avec une, deux autres sont venus pour nous prendre séparément, c'est là où j'avais compris que s'était pour nous violer. (...) Parlons de moi, il a voulu coût que coût me faire le rapport, je lui disais que je ne peux pas faire de rapport, je suis dans les mauvaises périodes, mauvais période, il ne voulait pas. Et il m'a dit si je refuse, il va me faire retourner à la frontière d'Algérie et puis il va me faire traverser l'Algérie. C'est là où il m'a forcé, il m'a forcé et puis il m'a déshabillé et voilà. C'était par force qu'on a fait. (...) Les deux côtés et il insistait beaucoup derrière. Et violement (...) donc il faisait des échanges moi, c'est les trois mêmes qui m'ont fait ; séparément chacun à son tour.

*Interviewé du Congo Brazzaville, Jeune*

### **3. ROLE ET POSITION DU SECTEUR DE LA SANTE DANS LA PREVENTION DE LA VIOLENCE SEXUELLE CONTRE ET PARMI LES TRANSMIGRANTS AU MAROC : UNE ETUDE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE**

#### **3.1. METHODOLOGIE**

Cette étude a pour but d’examiner le rôle et la position des acteurs du secteur de la santé dans la prévention de la violence sexuelle contre et parmi les transmigrants subsahariens au Maroc.

Interroger les professionnels de la santé (qui prennent en charge des transmigrants) est un acte qui permet d’évaluer leurs besoins en matière de violence sexuelle, et ceci, à partir d’une identification des connaissances, des attitudes (à l’égard des victimes) et des pratiques. L’étude examine ce que les professionnels de la santé au Maroc considèrent être de leur responsabilité dans la prévention de la violence sexuelle contre et parmi les transmigrants et identifie leurs besoins pour aborder cette problématique. Dans ce cadre, leurs attitudes envers la démarche générale de prévention en santé publique (les trois niveaux de prévention, voir plus bas) sont remises en question, ainsi que le niveau où ils se positionnent dans cette démarche.

L’étude vise donc à décrire le rôle, les possibilités et les limites du secteur de la santé marocain, aux niveaux locaux et nationaux, dans la prévention de la violence sexuelle contre et parmi les transmigrants. A la suite de l’exposé des résultats, des recommandations seront proposées pour optimiser ce rôle.



**Introduction** Pour cette étude, nous avons opté pour une méthode de recherche qualitative. Elle est basée sur la *Grounded theory* (Strauss et Corbin, 1994). Celle-ci procède par la description du terrain de recherche, en lieu et place de la formulation d’hypothèses, ce qui représente une stratégie courante en recherche quantitative.

La recherche qualitative permet d’esquisser une situation complexe dont les variables pertinentes ne sont pas connues au départ, mais à propos de laquelle des concepts et théories sont identifiés à partir des données collectionnées (Buston *et al.*, 1998).

En pratique, la recherche qualitative est précédée d’une étude littéraire qui a pour but de développer des idées déjà existantes ou de former des thèmes nouveaux en partant de la connaissance actuelle (Barbour, 2001). On vise à comprendre un phénomène précis. L’examen ne repose pas sur une attente de généralisation des résultats.

L’étude se base sur l’exécution d’entretiens semi-structurés à partir d’un questionnaire « KAP » (*Knowledge, Attitudes and Practice*). Le recrutement de l’échantillon est fait selon la méthode de « boule de neige » en partant du Conseil Communautaire, et en tenant compte des critères d’inclusion. Le logiciel Nvivo8 a été utilisé pour l’analyse. Pour évaluer la qualité et la rigueur scientifique de l’étude, les 4 critères de scientificité de Lincoln et Guba sont utilisés (Lincoln et Guba, 1985).

**Questionnaire** L’approche empirique correspond à la réalisation d’entretiens semi-structurés à l’aide d’un questionnaire. Ce questionnaire a été développé à partir des résultats d’une revue de littérature et a été complété et adapté grâce aux remarques liées tant au contenu qu’à la forme des membres du comité d’experts de la recherche.

Le questionnaire conçu comme un formulaire KAP se compose de 44 questions dont 8 sont ouvertes. (Roelens *et al.*, 2006). Les questions fermées sondent la connaissance générale, les attitudes et les pratiques des professionnels de la santé concernant la violence sexuelle. La réponse est codée au moyen d’une échelle de type Lyckert à 5 gradations soit concernant le degré d’accord, soit la fréquence des faits cités. Les questions ouvertes sondent le champ des recommandations concernant la prévention de la violence sexuelle : S’agit-il d’une « prévention souhaitable » ? S’agit-il d’une prévention efficace et applicable pour les professionnels de la santé confrontés aux réfugiés/transmigrants au Maroc ? S’agit-il d’une prévention internationalement transposable ?

Le questionnaire est en français. Bien qu’il soit possible de remplir le questionnaire par écrit, la plupart des témoins ont préféré participer à un entretien personnel, dans lequel les sujets pouvaient également exprimer leurs commentaires sur les questions fermées. Des notes ont été prises pendant tous les entretiens ; certains ont été enregistrés.

L’équipe de recherche a veillé à contrôler la praticabilité transculturelle du questionnaire. Le contrôle a été effectué par le Prof. Dialmy, professeur en sociologie à Rabat, membre du comité d’experts et le Dr. Kalonji, médecin congolais qui travaille avec les réfugiés/transmigrants subsahariens, membre du Conseil Communautaire. Ce pilotage a principalement donné lieu à des corrections linguistiques. Par ailleurs, Dr Rhoufrani, médecin marocain travaillant avec des patients marocains et des réfugiés/transmigrants, a également fait quelques remarques sur la formulation des questions. En plus, deux chercheurs communautaires (CC) expérimentés dans le secteur de la santé se sont également impliqués dans ce pilotage, leurs réactions par écrit contiennent des remarques sans conséquences sur la qualité de l’outil.





## Recrutement

Le recrutement s’est fait selon la méthode dite de « boule de neige », tenant compte de divers critères d’inclusion de la recherche. Ces critères d’inclusion étaient d’être « professionnel de la santé au Maroc » d’une part, et être « actif avec des patients réfugiés/transmigrants subsahariens » d’autre part.



Le point de départ de l’échantillon de recrutement fut le réseau du Conseil Communautaire (voir le rapport de l’étude faite auprès des transmigrants subsahariens). Si l’objectif du recrutement avait été de tendre vers une représentation réaliste du terrain des professionnels de la santé au Maroc concernés par les réfugiés/transmigrants subsahariens, la méthode privilégiée n’a toutefois pas pour ambition de générer un échantillonnage représentatif ni d’offrir de résultats généralisables.

Dans chaque ville (voir ci-dessous), les premiers consultés furent les chercheurs communautaires (CC). Ensuite, on a tenté, par Internet, d’identifier les professionnels de santé ou les associations qui travaillent avec des victimes de violence sexuelle et/ou avec les réfugiés/transmigrants. Au départ, tous ont été renseignés par email sur l’étude. Plusieurs participants potentiels ont été contactés par téléphone à plusieurs reprises. Enfin, on a essayé de se mettre en contact avec des participants potentiels sur le terrain même.

Le recrutement le plus facile à faire fut celui à travers les réseaux locaux et personnels. Enfin, suivant la méthode « boule de neige », des réseaux locaux ont commencé à se dévoiler, participant après participant, rencontre après rencontre. Dans chaque ville, le séjour semblait trop court pour rencontrer toutes les personnes potentiellement intéressantes.



L'étude a eu lieu à Rabat, Casablanca, Tanger et Fès. Les entretiens furent exécutés du 20 juin au 30 juillet 2008.

▪ **Rabat**

A Rabat, le réseau du Conseil Communautaire est très développé, ce qui a facilité les premiers contacts avec les professionnels de santé et ce qui nous a permis d'avoir assez rapidement une première vue d'ensemble de l'offre des soins pour les réfugiés/transmigrants. En plus, l'UNHCR<sup>4</sup> et l'OIM<sup>5</sup> Maroc ont été consultés afin d'identifier leurs contacts dans le domaine de santé. Enfin, quelques personnes et associations ont été trouvées par le biais de l'Internet.

Initialement, le secteur de la santé publique à Rabat était absent lors des contacts établis. En effet, au mois de juillet, la personne responsable des permissions d'exécution de recherches en santé publique, était absente. Cependant, lors des 2 dernières semaines de la période d'enquête quelques entretiens avec des professionnels de la santé publique ont pu être réalisées en contactant directement des hôpitaux et des centres de santé.

▪ **Casablanca**

A Casablanca, les CC nous ont mis en contact avec l'AFVIC<sup>6</sup> et d'autres participants potentiels. Tous ont été contactés par email d'abord et par téléphone ensuite.

▪ **Tanger**

A Tanger, les CC ne disposaient pas d'informations claires sur le recours aux soins médicaux pour les réfugiés/transmigrants. Après avoir contacté 6 centres de santé/cliniques, force a été de constater qu'ils avaient tous une attitude plutôt réservée à l'idée de participer à la recherche. En conséquence, il n'a pas été possible de réaliser des entretiens.

▪ **Fès**

A Fès, les contacts avec les CC et autres transmigrants ont montré qu'il n'y avait guère de soins médicaux disponibles pour les réfugiés/transmigrants. Il existerait cependant des possibilités de consultations informelles auprès d'étudiants en médecine et de médecins volontaires d'origine subsaharienne. Ces personnes ont été contactées par téléphone. En outre, plusieurs médecins de centres de santé et d'hôpitaux ont été contactés, soit par email, soit par téléphone.

Difficultés de recrutement

▪ **Pas de réponse et/ou accessibilité difficile**

En général, on peut dire que la prise de contact par email suscitait peu de réponses. Les personnes qui ne réagissaient pas aux sollicitations par voie électronique ont donc été contacté de vive voix par téléphone (si toutefois un numéro était disponible). Dans certains cas, la chercheuse s'est rendue sur leur propre terrain (centre de santé/cabinet d'association). Le contact direct a, de toute évidence, eu une influence positive sur le taux de réponse, mais n'était, hélas, pas toujours concrétisable.

▪ **Refus de participation**

Plusieurs raisons ont été citées :

- \* La période de vacances.
- \* La crainte de nuire à la relation de confiance avec les réfugiés/transmigrants.
- \* Les « mauvaises expériences » et rancunes à l'égard de précédentes recherches dont les résultats se font toujours attendre.
- \* L'absence d'expériences avec des réfugiés/transmigrants et/ou victimes de violence sexuelle (cette réaction venait surtout de la part des agents de santé publique).

<sup>4</sup> UNHCR=Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

<sup>5</sup> OIM= Organisation International pour les Migrations

<sup>6</sup> AFVIC= Association des Familles et Victimes de l'Immigration Clandestine



- \* Pas de connaissances sur le sujet étudié.
- \* Le manque de temps; le questionnaire trop long.
- \* La crainte que la neutralité et la fiabilité de l’association/institution soient compromises à cause d’une participation à cette recherche.
- \* L’absence de permission du Ministère de la Santé d’exécuter une recherche auprès des agents de santé publique.

#### ▪ Manque de temps

L’emploi du temps de la chercheuse était, en grande partie, lié à l’agenda du projet de recherche auprès des transmigrants subsahariens. Aussi, les séjours à Fès et à Tanger étaient trop courts pour approfondir le terrain sur le plan de la santé. En général, il n’était pas possible de planifier des rendez-vous à l’avance, parce que, comme indiqué ci-dessus, les réseaux de soins ne se dévoilaient qu’une fois sur place.

#### ▪ Connaissance du terrain insuffisante et/ou impénétrabilité de la carte sociale

Au début de l’étude à Rabat, nous n’avions pas suffisamment de connaissances sur la structure du secteur de la santé au Maroc, ni sur les conditions d’exécution et sur la faisabilité d’une recherche auprès d’acteurs de la santé publique. La préparation aurait pu être plus approfondie et la période de reconnaissance du terrain plus longue.

Par ailleurs, l’existence d’une carte sociale transparente manque cruellement. Il n’y a pas d’information univoque concernant l’offre de soins médicaux ou reproductifs, ni sur la prise en charge de la violence sexuelle. Si cela est déjà compliqué pour les patients marocains, on imagine les difficultés que des réfugiés et transmigrants peuvent rencontrer lors de leur recherche de soins.

#### Description des participants

Au total, il s’agit de 24 participants; autant de femmes que d’hommes.

Veillez-vous référer aux tableaux pour l’âge, le niveau d’éducation, la religion, le pays d’origine et le lieu de travail.

Religion	
Musulmans	11
Chrétiens	6
Autres	2

Age	
18-29	6
30-49	12
50-59	5

Plus haut niveau d’éducation	
enseignement secondaire	2
enseignement supérieur non-universitaire	8
enseignement universitaire	14

Pays d’origine	
Maroc	10
RDC	6
Burkina Faso	1
Togo	1
Sierra Leone	1
Côte-d’Ivoire	1
Sénégal	1
France	2
Argentine	1

Lieu de travail	
Rabat	18
Casa	4
Fès	4
Oujda	1
Tanger	1
France	1

		Participant engagé dans		
		Association	Secteur associatif en santé publique	Secteur étatique en santé publique
Origine des patients du participant	Subsahariens	6	0	0
	Marocains/Subsahariens	5	7	1
	Marocains	3	0	2
	Français/Subsahariens	1	0	0

**Fonction** : 7 intervenants<sup>7</sup> (dont un avec une formation de médecin, un infirmier et un prêtre) ;

2 agents d'accueil formés comme assistante sociale ou pédagogue ; un étudiant/externe en médecine 6<sup>e</sup> année ; 8 médecins dont un prêtre ; des coordinateurs d'ONUSIDA<sup>8</sup> et de MDM<sup>9</sup> ; une sage-femme qui donne des formations aux intervenants concernant la santé reproductive ; 2 infirmiers et 1 psychomotricienne.

**Associations/Institutions** : 14 personnes ne travaillant que dans des associations et 3 personnes ne travaillant que dans le secteur de la santé publique marocaine. 7 personnes ont de l'expérience dans les deux secteurs. Les associations dans lesquelles les participants travaillent sont : ALCS<sup>10</sup>, MDM, OPALS<sup>11</sup>, LDDF Rabat<sup>12</sup>, MSF<sup>13</sup>, Caritas<sup>14</sup>, AFVIC et ONUSIDA.

**Participation par écrit/oralement** : 4 participants ont rempli le questionnaire par écrit, les autres 20 ont participé oralement.

En outre, sur le terrain, on a rassemblé des informations par des conversations informelles avec des contacts divers. Je cite notamment la coordinatrice d'AFVIC à Casablanca et un médecin béninois de Fès. La première nous a donné des informations sur l'organisation et l'accessibilité des soins à Casablanca, le deuxième sur les possibilités d'accès à la santé des transmigrants à Fès et sur la relation difficile entre les médecins marocains et les patients subsahariens.

#### Points forts du groupe de participants

- \* Quasiment tous les personnages clés et toutes les associations nationales ou internationales qui s'engagent dans le domaine de la santé des réfugiés/transmigrants à Rabat ont été contactées. Le taux de réponse des associations actives sur le plan de la santé des réfugiés/transmigrants était assez élevé (75 %) pour qu'on puisse considérer que ce secteur était bien représenté.
- \* Diversité de l'échantillon: d'origine marocaine et subsaharienne; diversité d'expériences, de formations, de responsabilités, de religions et de sexes.
- \* Dans la mesure où l'échantillon était plus petit que prévu, il restait plus de temps pour parcourir le questionnaire avec les participants, ce qui nous a permis d'obtenir plus d'informations et particulièrement des informations plus détaillées.

#### Points faibles du groupe de participants

- \* La surreprésentation du secteur de la santé publique étatique a pour conséquence que l'étude KAP ne reflète pas les capacités de tout le domaine des professionnels de la santé au Maroc.

<sup>7</sup> Intervenants = agent de proximité, agent de terrain

<sup>8</sup> ONUSIDA = Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

<sup>9</sup> MDM = Médecins du monde

<sup>10</sup> ALCS = Association de Lutte Contre le Sida

<sup>11</sup> OPALS = Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida

<sup>12</sup> LDDF = La Ligue Démocratique pour les Droits de la Femme

<sup>13</sup> MSF = Médecins Sans Frontières

<sup>14</sup> Caritas = Organisme catholique qui travaille au développement intégral.



- \* L'échantillon se compose en grande partie de personnes qui vivent et travaillent à Rabat. Notons cependant que plusieurs participants de la capitale avaient une expérience antérieure en dehors de la capitale.
- \* A cause de la taille limitée de l'échantillon, les résultats ne donnent qu'une tendance des différences en termes de connaissances, d'attitudes et de pratiques entre les divers types de professionnels rencontrés qu'il faudrait étudier plus profondément.
- \* Les critères d'inclusion posés (professionnels de la santé, travailler avec des réfugiés/transmigrants subsahariens et des marocains) ne se sont pas avérés être tout à fait réalistes. En pratique, les professionnels de la santé subsahariens entrent surtout en contact avec les patients subsahariens; alors que les professionnels de la santé marocains entrent surtout en contact avec des patients marocains. Il n'y a que les professionnels de santé qui travaillent volontairement dans une association qui ont de l'expérience avec les deux populations.

### **Formulaire de consentement/Comité Ethique**

A chaque entretien, on demandait au participant de signer un formulaire de consentement. Une possibilité de participer dans l'anonymat était à chaque fois proposée, mais la plupart des participants ont donné leur nom et coordonnées. Un seul participant répondant par email ne l'a pas signé.

L'étude a été approuvée par le Comité Ethique de l'Hôpital Universitaire de Gand. Numéro d'enregistrement : B67020095467.

### **Analyse**

Les entretiens enregistrés ont été retranscrits ad verbatim avec le logiciel Word. Les enregistrements de mauvaise qualité ont été transcrits en se basant sur les notes. Ensuite, on a encodé les retranscriptions avec le logiciel Nvivo8.

Les questions fermées sont codées avec des *free-nodes* et traitées en utilisant des *matrix-queries*.

Les réponses aux questions ouvertes et les commentaires sur les questions fermées ont d'abord été encodées par question ou par l'unité indiquée sur le questionnaire. Dans un second temps, les encodages des expressions analogues ont été groupés et classés dans une arborescence en utilisant les *tree-nodes*. Ce procédé est appliqué tant de façon déductive qu'inductive: déductive en ce qui concerne les thèmes qui sont traités dans le questionnaire comme des sujets spécifiques; inductive en ce qui concerne les thèmes qui ont été évoqués à plusieurs reprises par les participants, mais pas questionnés directement.

Durant l'analyse, le codage par *tree-nodes* a constamment été adapté, restructuré et raffiné.

Dans la mesure où le volume des données est faible, on a surtout utilisé Nvivo comme aide pour organiser et structurer l'information. En outre, Nvivo aidait à garder une vue d'ensemble, d'une part sur les codages (*coding-strips*) et d'autre part sur les thèmes différents (*tree-nodes*).

Les 24 participants ont tous été munis de caractéristiques (*attributes*) comme l'âge, le pays d'origine, la religion, .... Toutefois, l'échantillon limité n'offrait guère de grande diversité à ce point de vue.

L'interprétation s'est faite manuellement; Nvivo servant d'instrument de vérification.

### **Critères de scientificité**

Afin d'assurer la qualité et la rigueur de cette étude, les 4 critères de scientificité développés par Lincoln et Guba (1985) ont été appliqués :

- \* Le critère de *crédibilité* concerne la valeur des données et des résultats obtenus en fonction des réalités des participants dans l'étude.
- \* Le critère de *transférabilité* réfère au degré où les résultats de l'étude sont transférables vers un autre contexte ou population.
- \* La *fiabilité* permet de démontrer que le processus de recherche est rigoureux et vérifiable et peut théoriquement être répété en obtenant les mêmes résultats.



- \* Enfin, la *confirmabilité* vise à s’assurer que les résultats obtenus reflètent bien les données et ne sont pas le point de vue du chercheur qui doit faire preuve de transparence et reconnaître les biais.

Pour assurer le respect de ces différents critères, on a donné une description détaillée des préparations et des activités sur le terrain, des méthodes de recrutement, de l’analyse et d’une réflexion approfondie sur les difficultés et les limites rencontrées.

D’autres stratégies appliquées sont :

- triangulation des sources (= des sources de données différentes : entretiens formels et informels, observations, littérature, médias) ;
- vérification des résultats par les participants et pairs prévue lors du séminaire du 6 mai 2009 à Rabat ;
- la possibilité de tracer l’origine toutes les données ;
- codage précis et rigoureux ;
- suivi du processus de recherche par des observateurs externes.



## **RESULTATS**

Les questions ci-dessous sont numérotées de manière identique au questionnaire.

### **Prévalence**

Dans une première partie du questionnaire, on scrutait la représentation des participants concernant la prévalence de la violence sexuelle en général au Maroc, en s'appuyant sur les questions suivantes :

1. Selon vous, au Maroc, la violence sexuelle se produit à l'égard des femmes ?
2. Au Maroc, la violence sexuelle se produit à l'égard des enfants ?
3. Au Maroc, la violence sexuelle se produit à l'égard des hommes ?
4. Au Maroc, le problème de la violence sexuelle se produit probablement plus souvent que je me rends compte ?
6. Êtes-vous confronté aux victimes de violence sexuelle ?

Taux de réponse questions 1-4 : 24/24

Taux de réponse question 6 : 17/24

		Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Je ne sais pas
1-3. Au Maroc, la violence sexuelle se produit à l'égard des ...	Femmes	4	14	6	0	0	0
	Enfants	2	7	10	2	0	3
	Hommes	0	3	8	7	2	4
6. Etes-vous confronté à la violence sexuelle ?		2	3	5	5	3	1

	Tout à fait	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
4. Plus souvent que je m'en rends compte	6	14	3	0	0

- \* La violence sexuelle à l'égard des **femmes**, se produit, selon tous les participants, 'plus que rarement' au Maroc. Les groupes indiqués comme étant les plus vulnérables sont les travailleuses du sexe (les prostituées), les filles nigérianes et les aide-ménagères.
- \* Concernant la violence sexuelle à l'égard des **enfants**, il y a un consensus sur le fait que 'ça se produit'. La prévalence estimée varie entre « rarement » à « très souvent ».
- \* La violence sexuelle à l'égard des **hommes** est rapportée par 75% des participants. La prévalence est estimée plus basse qu'à l'égard de femmes et enfants. Les groupes vulnérables indiqués sont les jeunes adolescents et les élèves.
- \* 21/24 participants évoquent que la violence sexuelle au Maroc se produit probablement plus souvent qu'on ne s'en rend compte; 3/24 personnes donnent une réponse neutre à cette question.
- \* 3/17 personnes répondent qu'ils n'ont jamais été confrontés avec des victimes de violence sexuelle ; 5/17 personnes rarement. Cependant 2 de ces 5 participants indiquent que les équipes sur le terrain sont plus souvent confrontées à ce problème. 5 participants sont confrontés mensuellement à des victimes de violence sexuelle, 3 chaque semaine et 1 personne tous les jours (cette personne travaille dans une cellule d'écoute pour victimes de la violence sexuelle).

### **Vulnérabilité des migrants subsahariens au Maroc face à la violence sexuelle**

5a. La violence sexuelle se produit probablement plus souvent contre et parmi des transmigrants au Maroc que contre et parmi des Marocains ?





*5b. Si vous êtes d'accord, pouvez-vous spécifier l'ethnicité, l'origine, le statut et le lieu de résidence de ces victimes subsahariennes ?*

Taux de réponse : 24/24

Les transmigrants subsahariens au Maroc sont-ils plus vulnérables face à la violence sexuelle que les Marocains ? Les opinions sont partagées : 4 des 24 participants n'ont pas d'idée explicite à ce sujet. Quelques participants préfèrent ne pas se prononcer parce qu'ils travaillent principalement avec des personnes subsahariennes et disent ne pas être assez au courant de la situation des Marocains pour pouvoir établir une comparaison. Certains participants insistent sur le fait que les Marocains aussi sont vulnérables à la violence sexuelle.

Toutefois, tous les participants s'accordent sur le fait que le danger de la violence sexuelle est plus important durant le **trajet migratoire**.

17/24 participants évoquent des facteurs qui augmentent particulièrement le risque de violence sexuelle contre et parmi les transmigrants au Maroc:

\* facteurs **économiques** : pas d'accès au travail légal ( $\Leftrightarrow$  besoin d'argent pour le passage).

\* facteurs **sociaux** : vivre seul avec des enfants, manque de réseau social.

\* facteurs concernant l'**environnement physique** : conditions de vie précaires, promiscuité

\* **titre de séjour/lois** : souvent séjour illégal (sans-papiers, sans droits, sans protection).

*« On les tue à petite dose : ils sont éloignés de leur famille, leurs enfants, ils n'ont pas d'argent ... Les femmes se donnent en prostitution et les enfants, on les vend. »*

*« En fait, ce n'est pas le viol. Les gens vivent dans la précarité, ont des difficultés. La majorité des migrants, ils ne travaillent pas, ils doivent payer leur maison, ils doivent manger, mais ils ne travaillent pas. C'est la vie qui est impossible. Donc les femmes, elles doivent aller 'cache cache', je ne pense pas que ce soit la violence, c'est la misère. »*

\* **Genre** : Les femmes constituent, selon 13 participants, un groupe très vulnérable face à la violence sexuelle (faveurs sexuelles en échange de protection; la pauvreté avec des enfants à charge poussant à la prostitution).

\* **Ethnicité** : L'origine nigériane est considérée comme un facteur de risque important pour la violence sexuelle. Selon les participants, les communautés nigérianes sont construites hiérarchiquement autour d'un 'chairman'. Les femmes vivent en reclus du monde extérieur et sont rigoureusement contrôlées. Etant anglophones, l'isolement des Nigériens augmente à cause de cette barrière linguistique.

Les participants indiquent que la communauté nigériane est confrontée à une forme de violence externe et interne. D'une part, au sein de la communauté, on décrit un réseau de trafic et d'exploitation sexuelle des filles/femmes qui s'étend du Nigéria jusqu'en Europe en passant par le Maroc.

D'autre part, on indique que des bandits nigériens circulent dans le *no man's land* situé entre le Maroc et l'Algérie. Ces bandes ont pour but d'intercepter les migrants passants. Dans ce contexte, on évoque la violence sexuelle à l'égard des hommes, des femmes et des enfants.

Un deuxième groupe est également considéré comme vulnérable par les participants : ce sont les personnes originaires de l'Afrique Centrale (essentiellement les migrants de la RDC). Leur vulnérabilité est surtout due à l'irrégularité de leur séjour et à leur situation de vie précaire.

Les Ouest-Africains sont, toujours selon les participants, considérés comme les moins vulnérables. Cette population serait « plus préservée sur le plan sexuel ». Les transmigrants de la Côte d'Ivoire, par exemple, ont souvent le statut de réfugié HCR et peuvent ainsi bénéficier d'une protection relative.

\* Il existerait des **lieux de séjour** plus dangereux que d'autres face au risque de violence sexuelle. Le trajet migratoire lui-même, la brousse autour d'Oujda et Tanger et la région frontalière entre le Maroc et l'Algérie sont considérés comme les plus dangereux. Plusieurs participants indiquent qu'à ces endroits des actes criminels sont commis tant par les civils autochtones et les migrants que par des personnes ayant une position au sein de forces armées comme les militaires et les policiers. A ces endroits, chaque personne risque probablement de devenir victime de violence sexuelle.



On dit qu’il existe moins de risque de violence sexuelle dans les villes, entres autres à cause de la proximité des ambassades et des organisations internationales, ainsi que par le contrôle social qu’une ville permet. Les ghettos (comme Takadoum à Rabat) feraient lieu d’exception. Enfin, on évoque aussi le risque de violence sexuelle encouru par les aide-ménagères irrégulières.

*« A la frontière, nous savons, oui, que presque chaque femme, presque 70 % est victime. »*

*« Dans la forêt d’Oujda, quand vous avez la malchance de les rencontrer la nuit, ils vous violent, ils vous prennent, tout ce que vous avez, votre argent, tout, tout, tout, ... Ils violent des hommes à Oujda. Ils violent les hommes et les femmes. Là-bas c’est le viol. ... Parce qu’à Oujda, beaucoup de cas là-bas sont des tueries, des assassinats. On vous viole, on vous tue, on vous viole, on vous tue. Parce que là, des bandes organisées, des bandits armés, ils font que tuer dans la forêt là-bas. Si tu n’acceptes pas ce qu’ils te disent, ils te tuent. Ils te violent, ils te tuent ... »*

### **Types de violences sexuelles les plus répandues chez les migrants**

8. Selon vous, dans la population des transmigrants au Maroc, quels sont les phénomènes de violence sexuelle les plus importants ?

Taux de réponse : 20/24. (Les 4 participants qui ne répondaient pas n’ont pas de contact avec des patients subsahariens.)

- \* 14 participants citent la **prostitution** comme le phénomène de violence sexuelle le plus récurrent ; parmi ceux-ci 9 affirment que la prostitution est une manière de survivre pour les femmes subsahariennes. Les réseaux nigériens sont mentionnés par 8/14 personnes.
- \* 12 participants évoquent le **viol** comme un des phénomènes les plus fréquents, ceci pendant le trajet migratoire et lors des refoulements. Les agresseurs sont tant des civils algériens, marocains et subsahariens que des personnes dans une position de pouvoir comme des militaires, policiers et guides de différentes origines. On évoque des viols de toutes sortes : singuliers, multiples, collectifs, de mineurs, d’aide-ménagères, sous les yeux d’enfants, ... En plus de la prostitution et du viol, 4/20 personnes citent la séquestration comme phénomène souvent associé au viol ou à la prostitution forcée.
- \* 6 personnes signalent la **violence sexuelle verbale** ; 4 l’**harcèlement sexuel**.
- \* **Autres** : la grossesse visant une régularisation; la violence dans les couples soumis à des situations de stress ; la recherche de protection auprès de l’homme, la sodomie et les tortures sexuelles. 2 participants affirment ne sont pas être au courant des violences sexuelles à l’égard des hommes car ces derniers en parlent encore moins que les femmes. Enfin, un seul participant affirme ne jamais avoir été confronté à la violence sexuelle contre les transmigrants subsahariens.

### **Où est-ce que la victime de violence sexuelle peut-elle trouver de l’aide au Maroc ?**

16. Une victime de violence sexuelle peut chercher de l’aide chez ...

Taux de réponse : 23/24

La structure du questionnaire prévoyait la possibilité de cocher plusieurs moyens de recours (i.e. la police, la famille, un centre de santé, le responsable du groupe de population, un pouvoir religieux). En plus, on demandait explicitement si éventuellement ‘se taire’ serait un meilleur choix pour la victime. Enfin, le questionnaire prévoyait la possibilité d’ajouter d’autres moyens de recours.

#### **▪ La police**

9/23 participants indiquent qu’il est possible pour les victimes de chercher de l’aide auprès de la police. D’autres participants nuançaient en disant que cette possibilité n’existait qu’à condition que la victime tombe sur un membre du personnel sensibilisé et informé sur cette problématique. A plusieurs reprises il fut soulevé à quel point les procédures judiciaires étaient compliquées (aussi pour la population marocaine) et qu’on ne pouvait pas attendre d’aide réelle de la police (à l’exception d’une déclaration de plainte). A plusieurs reprises, on attirait l’attention sur la situation précaire des ‘sans-papiers’ (peur d’être arrêté et



expulsé, l’incrédulité à l’égard des Subsahariens, la corruption de la police, voir risque de violence venant de la police ...).

▪ **La famille**

D’après 9/23 participants les victimes peuvent aller chercher de l’aide dans leur famille. Il va de soi que cette aide varie d’une famille à l’autre: cacher, faire une déclaration, offrir un soutien psychologique, etc. Cependant, on note que les transmigrants n’ont généralement pas de famille au Maroc. Concernant le fait de trouver de l’aide chez des amis ou auprès de la population de référence, on mentionne le risque de stigmatisation ou de rejet.

▪ **Le centre de santé**

7/23 participants pensent qu’une victime de violence sexuelle peut trouver de l’aide dans un centre de santé. Voir ci-dessous : le rôle de la santé publique.

▪ **Les responsables du groupe de référence**

Seuls 4/23 participants précisent qu’on peut chercher de l’aide auprès d’un responsable de sa population d’appartenance. Néanmoins, le fait que la violence vient parfois de cette autorité même constitue un obstacle, il en va de même pour l’anarchie existante au sein de plusieurs communautés de transmigrants présentes au Maroc. La peur de la stigmatisation et la culpabilisation sont des freins supplémentaires.

▪ **Les pouvoirs religieux**

5/23 participants indiquent que les victimes de violence sexuelle peuvent trouver de l’aide auprès des représentants religieux. Quelques personnes signalent que cela n’est possible que si ces pouvoirs sont sensibilisés. Le risque de la stigmatisation existe également dans ce cas-ci.

▪ **Le meilleur est de se taire**

Tous les participants (23) sont d’accords sur le point que « se taire » n’est pas une bonne solution.

▪ **Autres sources d’aide**

5/23 participants évoquent qu’on peut trouver de l’aide chez des psychiatres, des psychologues, des assistantes sociales, des psychomotriciens ou dans une cellule d’écoute.

18/23 participants (tous engagés dans une association) pensent que les associations sont des ressources importantes tant pour les Marocains que pour les transmigrants.

2/23 participants signalent que personne ne veut aider les victimes subsahariennes de violence sexuelle à cause de la complexité de leur situation.

***Rôle actuel de la santé publique au Maroc***

*16. Une victime de la violence sexuelle peut chercher de l’aide ... au centre de santé ?*

*17. La santé publique est une des disciplines majeures qui doit intervenir dans la problématique de la violence sexuelle ?*

Comme mentionné ci-dessus, 7 sur 23 participants affirment qu’une victime de violence sexuelle peut chercher de l’aide dans un centre de santé. Les problèmes rencontrés sont semblables aux réponses de la question 17.

Taux de réponse question 17 : 24/24, 16 participants sont d’accord, 1 personne n’est pas du tout d’accord.

Plusieurs participants soulignent que la santé publique devrait jouer un rôle éminent dans l’approche de cette problématique, mais qu’en ce moment, ceci n’est pas le cas. On évoque plusieurs explications :

- La santé publique ne serait que responsable de l’accueil physique immédiat après la violence sexuelle.
- Le personnel n’est pas souvent sensibilisé ni renseigné sur cette problématique et n’inspire par conséquent pas la confiance nécessaire.
- En plus, certains participants insistent sur le fait qu’une approche multidisciplinaire est nécessaire et que le secteur de la santé ne peut par exemple pas s’occuper de l’aspect juridique.



- Concernant les transmigrants, on indique que les barrières pour chercher de l’aide auprès de la santé publique sont encore trop élevées à cause des différences de culture et de religion, le manque de moyens financiers, la peur d’être expulsé, et la réticence du personnel médical à l’égard des migrants, ...

Beaucoup de participants indiquent que les transmigrants subsahariens ne peuvent chercher de l’aide qu’auprès des associations concernées.

### ***Connaissances concernant la violence sexuelle***

#### ***Définition de la violence sexuelle***

L’UNHCR définit la violence sexuelle comme une forme de violence sexiste. La violence sexiste est une violence qui est dirigée contre une personne sur base de son genre ou de son sexe. Selon le HCR, la violence sexuelle et sexiste est loin de se réduire à l’agression sexuelle. Les actes de violence sexuelle et sexiste ont été groupés en cinq catégories : violence sexuelle ; violence émotionnelle et psychologique ; violence socio-économique ; pratiques traditionnelles préjudiciables ; et violence physique (UNHCR, 2003).

#### ***7. Selon vous, quels phénomènes font partie de la violence sexuelle ?***

Taux de réponse : 21/24

Dans le tableau ci-dessous, les phénomènes donnés dans le questionnaire sont classés selon la classification de la violence sexuelle et sexiste de l’UNHCR. Dans le questionnaire, les mêmes les phénomènes furent présentés mélangés sans référence à l’UNHCR.

	Tout à fait d’accord	D’accord	Neutre	Pas d’accord	Pas du tout d’accord
<b>Violence sexuelle</b>					
Mauvais traitements verbaux sexuels	12	7	0	3	0
Harcèlement sexuel	12	9	1	0	0
Viol	17	4	0	0	0
Viol durant la guerre	18	3	0	0	0
Maltraitance physique des organes sexuels	13	6	2	1	0
Menaces d’abus sexuel	15	3	1	2	0
Abus des enfants	16	4	0	1	0
Exploitation sexuelle	18	3	0	0	0
Prostitution forcée	18	2	0	0	1
Faveurs sexuelles en échange de protection	14	3	3	1	0
Forcer à avoir des rapports sexuels avec son époux	10	8	1	2	0
<b>Violence émotionnelle psychique</b>					
Mauvais traitements verbaux insultants	5	7	1	6	3
Réclusion/restriction de la liberté	4	8	3	5	2
Infidélité d’une personne mariée	2	6	8	5	0
<b>Violence socio-économique</b>					



‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention

Discrimination ou refus de certaines possibilités	3	9	2	7	1
Pas avoir le droit d'utiliser un contraceptif	9	6	3	3	0
Interdiction de l'avortement	2	4	4	8	2
Interdiction de l'avortement après un viol	5	5	5	5	1
<b>Pratiques traditionnelles préjudiciables</b>					
Donner un enfant en mariage	8	6	4	3	1
Négligence sur base du sexe	7	6	2	4	2
Mutilation/mise à mort pour des raisons d'honneur	8	3	3	6	0
<b>Violence physique</b>					
Maltraitance physique	9	3	3	5	0

Quelques remarques ont été ajoutées :

\* On s'accorde à l'unanimité sur le fait que les phénomènes suivants font partie de la violence sexuelle : le viol, le viol durant la guerre, l'abus d'enfants, l'exploitation sexuelle et la prostitution forcée. Un seul participant pense que la prostitution ne peut pas être forcée.

\* Etre forcé à avoir des rapports sexuels avec son époux : 2 participants signalent que la religion a ses propres règles et 2 autres participants disent que refuser d'avoir des rapports sexuels dans un couple, c'est encourager l'homme à aller voir ailleurs.

*« Quand on commence à forcer, c'est que c'est la femme qui fait violence à son époux ... Parce que tu as signé un acte de mariage, c'est un engagement. Dans le mariage, il y a la consommation du sexe. Quand tu commences à le refuser, c'est toi qui violente l'homme. Parce que de l'autre côté, tu l'obliges à être fidèle à toi. Il est dans le besoin, tu ne veux pas l'aider et puisque tu ne veux pas il va devoir aller ailleurs ... Là, c'est l'homme qui est violenté. »*

\* Ne pas avoir le droit d'utiliser un contraceptif : Quelques-uns disent que c'est le droit de chaque personne de choisir d'utiliser un contraceptif ou pas. D'autres disent que c'est une décision de couple, que la femme seule n'a pas le droit de décider. Une personne dit que c'est une manière pour la femme d'étendre sa liberté.

*« Une femme qui demande à son mari de ne pas utiliser un contraceptif, parce qu'elle ne ressent rien avec le préservatif ou un homme qui dit que cela gêne son plaisir ... Non, c'est pas une violence. Mais si l'homme interdit que sa femme prenne la pilule, parce que c'est contre la religion, ou parce que il veut des enfants et elle pas, oui alors, c'est une forme de violence, mais pas de violence sexuelle. »*

\* Interdiction de l'avortement : On indique que c'est plutôt une question de société, de religion, de croyances.

*« Ca dépend des pays. Comme chez nous par exemple, où la loi l'interdit. Si on vous attrape, on va m'arracher mon diplôme, et je vais faire de la prison. C'est la loi, ça protège l'être, l'enfant, ça protège la vie, ce n'est pas une violence. »*

\* Interdiction de l'avortement après le viol : On constate les mêmes réserves que concernant l'avortement en général.

*« Même si on fait l'avortement, la femme va toujours se rappeler qu'elle a été violée, je ne suis pas pour l'avortement ... Si elle a été violée à Rabat, chaque fois qu'elle entendra parler de Rabat ..., alors, il faut qu'on supprime le nom de la ville ? Si elle a été violée pendant la guerre, il faut qu'on ne parle plus du Kosovo ? ... »*



*« ... Peut-être que la femme se trouvait dehors à des heures tardives, à cause de son imprudence, elle a été violée. Maintenant, il y a une personne qui va naître, c'est elle qui va payer, c'est elle qu'on va tuer parce que ... je ne pense pas. Il y a d'autres solutions. »*

Conséquences de la violence sexuelle

9. La violence sexuelle a surtout des conséquences sur le plan physique

10. La violence sexuelle peut avoir des conséquences psychologiques

11. La violence sexuelle peut avoir des conséquences psychosomatiques

12. La violence (sexuelle) peut influencer la qualité de vie pour toujours

Taux de réponse : 23/24

La violence sexuelle ...	Tout à fait	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout
A surtout des conséquences physiques	7	6	4	5	2
Peut avoir des conséquences psychologiques	18	5	0	0	0
Peut avoir des conséquences psychosomatiques	16	6	1	0	0
Peut influencer la qualité de vie pour toujours	16	5	0	1	1

37. *Quand est-ce que vous suspectez une personne d'être victime de violence sexuelle ?*

Taux de réponse : 22/24

Dans le questionnaire, plusieurs plaintes médicales inexplicables étaient listées. Les participants pouvaient indiquer si, selon eux, ces doléances pouvaient éventuellement être des indicateurs de violence sexuelle cachée.

On évoquait plusieurs fois la difficulté à répondre à cette question car une évaluation individuelle est généralement nécessaire. Les plaintes suivantes étaient considérées comme susceptibles de refléter la violence sexuelle par la plupart des participants (15-18/22) : des blessures dans les régions génitales, des problèmes psychologiques ; une grossesse non désirée, des IST.

En ce qui concerne les autres doléances ou situations à risque (blessures dans les régions extra-génitales, angoisses ; troubles de sommeil ; problèmes gastro-intestinaux ; femme vivant seule ; femme seule en charge d'enfants ; douleurs chroniques ; problèmes d'infertilité) il y avait moins d'unanimité parmi les réponses (indiquées chaque fois par 5 à 10 participants sur 22).

D'autres situations sont évoquées par les participants comme susceptibles d'indiquer des cas de violence : des patients qui ne parlent pas (3) ; qui demandent un dépistage du VIH (2) ; qui consultent très fréquemment (2) ; qui se comportent d'une façon agressive (1) et des migrants venant de la frontière (1).

38. *Selon vous, les signes alarmants de violence sexuelle sont-ils différents chez les transmigrants subsahariens et chez les Marocains ? Si oui, quelles sont ces différences ?*

Taux de réponse : 14/24

6 sur 14 croient que les signes alarmants sont très semblables pour les deux groupes.

8 sur 14 mentionnent des différences :

Les victimes subsahariennes accentueraient plus leurs symptômes (probablement à cause des conditions de vie difficiles) ; seraient plus déprimées à cause d'un traumatisme plus grave ; exprimeraient des symptômes psychosomatiques différemment à cause de l'influence culturelle. En plus, elles se sentiraient coupables et impuissantes vu leur situation d'irrégularité.

Pour les victimes marocaines, la perte de virginité est un signe alarmant chez les filles. En plus, le tabou autour de la violence sexuelle serait plus grand au sein de la culture marocaine.

C.6.a. Information concernant la violence sexuelle





**13. Comment vous informez-vous sur la violence sexuelle ?**

Taux de réponse : 23/24

19 participants indiquent qu’ils apprennent à gérer la violence sexuelle par expérience sur le tas ; 3 parmi eux (des Subsahariens) décrivent leurs propres expériences pendant leur trajet migratoire.

Par ailleurs, une dizaine de participants indiquent se renseigner en collaborant avec des associations et collègues (surtout celles qui travaillent sur la violence sexuelle et les droits des femmes) ; en lisant des livres, des revues, des brochures spécialisées et en surfant sur Internet. Durant la formation de base en médecine, on aborde ce sujet dans les cours de médecine légale, de psychiatrie et de traumatologie.

Un quart des participants indiquent qu’ils bénéficient d’ateliers de formation ainsi que de l’expérience des centres de santé et des religieux.



## ***Prévention de la violence sexuelle : attitudes et pratiques***

### Introduction

Selon le Rapport Mondial sur la Violence et la Santé (OMS, 2002), les interventions de prévention du secteur de la santé publique se caractérisent généralement par trois paliers d'intervention : la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

- \* La prévention primaire : tous les efforts qui visent à prévenir la violence avant qu'elle ne se produise.
- \* La prévention secondaire : localiser les individus les plus vulnérables à la violence, identifier les victimes « cachées », minimaliser la prévalence et diminuer la gravité et la continuation des premiers effets de la violence.
- \* La prévention tertiaire : les réponses les plus immédiates à la violence, comme les soins préhospitaliers, les services des urgences ou, après un viol, le traitement des infections sexuellement transmissibles. La prévention tertiaire concerne aussi les soins à long terme après la violence, comme les tentatives de rééducation et de réinsertion pour atténuer les traumatismes ou réduire le handicap à long terme associé à la violence ; éviter la victimisation secondaire.

Ces trois paliers de prévention se caractérisent par leur aspect temporaire : que la santé publique intervienne respectivement avant que la violence se produise, dans un stade où la violence n'est pas encore visiblement présente et, enfin, immédiatement après la violence ou à plus long terme (Wolfe, Jaffe, 1999 ; OMS, 2002).

### PREVENTION TERTIAIRE : Attitudes et Pratiques

#### ▪ Attitudes

*31. Qu'est-ce qu'un professionnel de la santé peut faire pour aider des victimes de violence sexuelle dans le domaine de la prévention tertiaire ? (La prévention tertiaire contient les réponses les plus immédiates à la violence)*

Taux de réponse : 22/24

#### Soin médical immédiat

Soigner les blessures : 22/22

Vérifier s'il y a des IST (et les traiter) : 20/22

Faire un test de grossesse : 21/22

Aider lors d'un avortement provoqué : 14/22 veulent aider s'il y a la volonté, 5/22 indiquent que ceci n'est pas possible au Maroc (un acte illégal ; convictions religieuses).

#### L'orientation psychologique, sociale et juridique

Aider à trouver un soutien psychologique : on adhère avec unanimité à cet aspect de la prise en charge des victimes de la violence sexuelle.

Aider à trouver un environnement moins dangereux : la plupart des participants (19/22) est d'accord, bien que, plusieurs fois, ils l'ont décrit comme étant une tâche difficile à réaliser.

Aider à trouver une aide juridique : 17/22 participants affirment qu'on peut aider les victimes dans ce sens, 13 d'entre eux croient qu'il faut collectionner les preuves de la violence.

D'autres participants ont d'autres points de vue à ce sujet : les aspects juridiques ne font pas partie de la responsabilité d'un professionnel de santé ; il ne reste plus de preuves directes de la violence produite durant le trajet migratoire et le refoulement ; une plainte ne produira pas de résultats pour la victime ; la police ne prend d'initiative que quand il s'agit d'une victime marocaine ; les transmigrants irréguliers courent le risque d'être expulsés ; on ne sait pas vers où il faut s'orienter ou porter plainte.

#### Le suivi médical



Suivre la victime durant la grossesse : 20/22 sont d’accord pour le suivi d’une grossesse suivant un viol.

Suivre la victime sur le plan médical et reproductif durant plusieurs années : 14/22 participants sont d’accord avec un suivi médical durant plusieurs années. Les autres participants exprimaient plusieurs doutes : des problèmes pratiques étant donné la mobilité des transmigrants ; l’accessibilité difficile des femmes nigérianes. Ils croient que la responsabilité d’un professionnel de la santé, bien que dépendant de la pathologie, s’arrête après approximativement une année de suivi médical et reproductif. Le suivi à long terme est vu comme la tâche d’un psychologue.

#### Informez des conséquences

15/22 participants sont d’accord avec la thèse que les victimes ont besoin d’informations sur les conséquences potentielles de la violence sexuelle. Quelques-uns en soulignent l’importance, d’autres croient que cela dépend de la situation individuelle (du temps et du ressort des victimes).

#### Autres responsabilités citées par les professionnels de santé

Regrouper les victimes dans des associations spécifiques ; identifier les facteurs de risque ; travailler sur un plaidoyer, faire pression sur les autorités ; organiser le témoignage des victimes.

#### ▪ **Pratiques**

#### *39. Qu’est-ce que vous faites en réalité avec des victimes de violence sexuelle ?*

Taux de réponse : 22/24

#### Soin médical immédiat

En pratique, la plupart des participants font un test de grossesse, soignent les blessures et font un dépistage des IST. Quelques participants n’ont pas le mandat d’exécuter ces actes ; dans ces situations, la victime est orientée vers d’autres structures.

L’avortement n’est pas systématiquement proposé en cas de grossesse.

#### L’orientation psychologique, sociale et juridique

20/22 participants indiquent qu’en pratique, ils orientent les victimes vers l’aide psychologique.

11/22 participants mentionnent d’aider les victimes à trouver un environnement moins dangereux.

12/22 personnes orientent juridiquement. On ne collectionne pas de preuves car c’est « trop compliqué au Maroc », ils n’ont « pas de temps » ou c’est « la responsabilité de quelqu’un d’autre ».

9 participants disent d’orienter les victimes de violence sexuelle vers des personnes ou associations qui sont capables de les prendre en charge, sans spécifier lesquelles.

#### Le suivi médical

2 participants prennent les victimes en charge à long terme sur le plan de la santé reproductive. Une personne indique de faire ceci pendant une année. 7 personnes suivent les victimes durant la grossesse.

#### Informez sur les conséquences

13/22 participants renseignent les victimes sur les conséquences de la violence sexuelle.

#### Autres pratiques

Un participant dit prier avec la victime. Au cas où la victime n’est pas croyante, il prie lui-même pour la victime. En outre, cette personne intervient de façon à ce que l’agresseur s’excuse auprès de la victime.

Une association intervient en tant que médiateur entre les migrants et la santé publique.





### PREVENTION SECONDAIRE : Attitudes et Pratiques

#### ▪ Attitudes

L’ampleur des discussions que nous avons eues avec les participants à la recherche montre que les réponses aux questions concernant la prévention secondaire ne peuvent pas être résumées à « d’accord » ou « pas d’accord ».

#### La prévention secondaire : en général

32. *Qu’est-ce qu’un professionnel de la santé peut faire pour aider des victimes de violence sexuelle dans le domaine de la prévention secondaire ? (la prévention secondaire a pour but de localiser les individus les plus vulnérables à la violence, minimaliser la prévalence de la violence et diminuer la gravité et la continuation des premiers signes)*

Taux de réponse : 23/24

15/23 participants croient que l’identification de victimes de violence sexuelle est de la responsabilité d’un professionnel de la santé (voir ci-dessous).

Les autres responsabilités évoquées sont : rechercher les déterminants de la vulnérabilité à la violence sexuelle ; organiser des sessions avec des témoignages de victimes.

#### Identifier activement les victimes

20. *C’est la responsabilité d’un professionnel de la santé d’identifier les victimes de violence sexuelle*

Taux de réponse : 24/24

12 participants sont d’accord, 2 n’ont pas d’opinion, 3 participants ne sont pas d’accord.

11/24 participants illustrent pourquoi l’identification des victimes est une responsabilité du professionnel de la santé. 6/24 apportent des arguments pour prouver le contraire.

\* Des arguments pour :

- un professionnel de la santé fonctionne comme une personne de confiance (5/11)
- l’identification est importante (5/11)
- un diagnostic et un traitement correct font partie de la mission d’un professionnel de la santé (1/11)
- un certificat médical est nécessaire pour effectuer des démarches juridiques (1/11)

\* Des arguments contre :

- l’identification n’est pas une responsabilité spécifique d’un professionnel de la santé ; néanmoins une certaine vigilance est recommandée (3/7).
- on ne peut activement rechercher les victimes (3/7). 2 de ces 3 participants disent qu’il faut mettre au courant la population à risque de la possibilité de venir chercher de l’aide chez un professionnel de la santé.
- l’identification pourrait être une responsabilité d’un professionnel de la santé en Europe ; en Afrique, par contre, on n’a pas le temps pour cela (1/7).

*« Oui, c’est bon pour le professionnel. La victime, pour qu’elle te parle, doit d’abord avoir confiance en toi. Et ils savent que le professionnel de la santé peut garder un secret. Il y en a d’autres qui ne disent pas la vérité. Mais, avec un professionnel, la personne doit se sentir un peu à l’aise. »*

*« Ce sont les agents des terrains qui rencontrent les gens. Quand vous partez sur le terrain, on devrait commencer à parler sur le sujet du viol. Moi je ne le fais pas parce que ce n’est pas mon projet. Or, ce genre d’intervenants n’existe pas. »*

*« Non, je pense qu’un professionnel de la santé ne va pas chercher des problèmes de santé. On est plus à l’aise quand on est consulté que quand on va chercher les problèmes, voire les provoquer. Sinon, dans la rue, on va trouver des malades partout. »*

**22. Interroger les victimes ‘potentielles’ est le premier pas pour les aider à en finir avec la violence et ses conséquences.**

Taux de réponse : 20/24

15 participants sont d’accord ; 2 sont neutres par rapport à cette idée ; 3 ne sont pas d’accord.

Certains ajoutent qu’en finir avec la violence définitivement ne serait pas possible ; diminuer la prévalence semble être un objectif plus réaliste. Un participant croit qu’on ne peut pas aborder ce sujet avec des victimes potentielles car c’est « injecter des suggestions dans la société ».

#### ▪ Pratiques

**39b. Qu’est-ce que vous faites en réalité avec les victimes de violence sexuelle ?**

Taux de réponse : 22/24

##### Identifier activement les victimes

6/22 participants affirment identifier activement les victimes. Ce point ne suscite pas plus de commentaires.

La pratique d’identification active est traitée plus bas (partie « Interprétation »).

D’autres pratiques dans le domaine de la prévention secondaire ne sont pas évoquées.

**18. Quand vous avez des soupçons qu’un patient est victime de violence sexuelle, l’interrogez-vous à ce sujet ?**

Taux de réponse : 23/24

\* 10/23 participants affirment interroger systématiquement quand ils ont des soupçons sur le fait qu’un patient soit réellement victime de violence sexuelle. Un d’eux déclare le demander également au partenaire. 2 participants signalent que, du point de vue médical, un interrogatoire à ce sujet est indispensable. Un participant précise que le personnel de l’association où il travaille est formé à ce sujet.





\* 9/24 disent ne pas poser de questions à ce sujet, et ceci pour différentes raisons : cela dépasse leur mandat (2 intervenants, 1 coordinateur) ; acteur pas assez compétent ; pas de possibilités d'accueil en cas d'une réponse positive ; peur de réveiller des souvenirs ; éviter d'éveiller la méfiance lors d'une première consultation ; mieux vaut laisser l'initiative à la victime même, etc. Enfin, certains précisent qu'ils ne veulent pas forcer leurs patients car il y a des patients qui préfèrent garder le silence.

\* Les autres participants disent en parler, mais à quelques conditions seulement, surtout afin de ne pas angoisser le patient. On aborde le sujet par des détours et on encourage le patient à faire le premier pas. On attend jusqu'au deuxième contact pour s'assurer que la relation soit assez construite afin de stimuler la confidentialité. Certains indiquent qu'il faut parfois des indices clairs avant de pouvoir demander au patient s'il est victime de violence sexuelle.

*« On ne peut pas sauter sur le malade et lui dire « est-ce que par hasard tu ne serais pas victime d'une agression sexuelle ? » Ce n'est pas possible. Ça ne fait pas partie du protocole de travail. Si la personne veut en émettre le souhait, si c'est pour ça qu'il est venu, il va le dire, et puis on essaiera de le mettre à l'aise. »*

*« Ma manière à moi est de demander, mais peut-être de manière très indirecte. Créer un climat de confiance et donner toutes les chances à la victime de s'exprimer. Je ne pose donc jamais des questions directes, pour des raisons de tact, d'intelligence et de stratégie. Une question directe peut aggraver la victime, je préfère donc tourner autour. »*

*« Si la personne trouve que je suis digne de confiance ou pense que son problème la dépasse et veut se décharger d'un poids en me le disant, je l'aiderai dans la mesure du possible. Mais je ne veux pas prendre le risque d'aller dans la tête des personnes pour réveiller des sentiments qu'ils essayent de cacher. »*

*« La victime doit prendre ses propres responsabilités, si elle veut de l'aide, elle va se confier. La plupart des gens que je connais se sont confiés. Malheureusement, moi je ne sais pas comment gérer cette problématique. Je ne sais pas où est-ce que je peux les référer, chez qui, à quel endroit, je ne sais pas. »*

*« Beaucoup ne disent jamais la vérité. Si vous êtes formé en gestion, comment aider quelqu'un à s'ouvrir ? Là ça va, mais si vous n'êtes pas formé, ce n'est pas facile. »*

*« Il faut y aller doucement, par des détournements : Est-ce que ça va ? Est-ce que tu n'as pas des problèmes gynécologiques ? Es-ce que tu n'es pas enceinte ? Est-ce que tu as un compagnon ... et puis ... Mais carrément dire, 'oui je lui demande' ... Oui, je lui dirai, mais je ne veux pas y aller comme ça. »*

*« Je ne précipite pas les choses, si la personne ne veut pas en parler tout de suite, peut-être sera ce pour la prochaine fois. Il n'y a pas d'urgence. La seule urgence c'est le traitement prophylactique. »*

19. Si vous avez un patient subsaharien, cherchez-vous plus facilement à savoir s'il est victime de violence sexuelle ? Le cherchez-vous moins quand il s'agit d'un Marocain ? Y a-t-il des raisons spécifiques pour lesquelles vous interrogez un subsaharien sur un éventuel acte de violence ?

Taux de réponse : 17/24

6 participants affirment ne pas faire de différences entre patients marocains et patients subsahariens. 2 de ces participants sont Subsahariens eux-mêmes.

Les autres (11) remarquent une différence. 5 indiquent penser plus rapidement à la violence quand il s'agit d'un patient subsaharien à cause de la vulnérabilité plus élevée de ce groupe. D'autres raisons d'aborder ce sujet plus facilement avec des transmigrants subsahariens sont données par les participants subsahariens à l'enquête eux-mêmes: le contact facile à ce sujet avec leurs pairs (subsahariens) à cause d'une barrière religieuse et linguistique amoindrie.

Par contre, les filles marocaines sont plus difficiles à atteindre pour les professionnels de la santé subsahariens.

Quelques-uns indiquent aborder le sujet plus rapidement avec des patients de certains groupes à risque : des migrants, filles nigérianes, jeunes, femmes enceintes et travailleuses du sexe.

### PREVENTION PRIMAIRE : Attitudes et Pratiques

#### ▪ Attitudes





33. *Qu'est-ce que un professionnel de la santé peut faire pour aider des victimes de violence sexuelle dans le domaine de la prévention primaire ? (La prévention primaire comprend les efforts qui visent à prévenir la violence avant qu'elle ne se produise)*

Taux de réponse : 22/24

Collectionner des données sur la violence et les rapporter aux autorités

20 participants croient qu'il faut collectionner des données.

12 disent qu'il faut rapporter les délits aux autorités. 1/22 dit que la victime elle-même doit faire le rapportage, un autre participant dit qu'on ne peut pas rapporter de tels faits aux autorités, à cause du statut irrégulier des transmigrants.

1 personne ajoute qu'il faut prendre des décisions en fonction des données, une autre personne indique qu'en analysant les données, les autorités peuvent identifier les groupes à risque.

1 participant précise qu'il faut rester prudent avec le rapportage de violences. Ceci n'est possible que si la garantie d'une protection de la population à risque existe, surtout lorsque l'impunité des agresseurs sera connue du grand public.

Sensibiliser et informer

Donner à tous les patients des informations sur les conséquences de la violence : 12/22 participants pensent qu'il faut informer tous les patients sur les conséquences de la violence. 6/22 ne sont pas d'accord.

Organiser des sessions d'information : 21/22 croient qu'un professionnel de la santé peut aider à organiser de telles sessions d'information.

Selon 1 participant, informer la société sur la violence provoquera encore plus de violence. Il pense que seules les victimes peuvent être informées.

Ensuite, 2 participants pensent que de toute façon, une personne qui se trouve en face d'un agresseur ne pourra jamais se protéger, informée ou pas.

Autres idées évoquées en ce qui concerne la sensibilisation :

\* le groupe-cible : ce sont surtout les populations à risque qui doivent être informées (5/24)

\* l'approche : sur le terrain (4/24) ; par une éducation sexuelle à l'école et au travers des médias (3/24) ; des sessions d'information seraient idéales, bien que compliquées à organiser, des informations imprimées sont donc plus adaptées (1/24)

\* le contenu : les droits des femmes (1/24) ; la sexualité (3/24) ; les moyens de secours (3/24) ; les situations et comportements à risque (2/24) ; l'importance de pouvoir en parler (3/24)

\* le rôle d'un professionnel de la santé : en collaboration avec une équipe multidisciplinaire et spécialisée, le professionnel de la santé prend en charge le côté médical de la sensibilisation (2/24).

Une prise en charge globale, multidisciplinaire à différents niveaux

Plusieurs participants disent qu'en tant que professionnel de la santé, la prévention de la violence sexuelle est difficile. 3 personnes (1 infirmier, 2 médecins) croient que la prévention relève de la responsabilité d'un autre niveau. Selon eux, le contexte global au Maroc devrait changer car au vu de la situation actuelle, un professionnel de la santé ne peut que s'occuper des conséquences de la violence et non de sa prévention.

4 personnes insistent sur le rôle qu'une structure spécialisée pourrait jouer. Ils cibleraient une association qui prendrait en charge la problématique de la violence sexuelle globalement, adressant les trois niveaux de prévention.

1 participant indique qu'un professionnel de la santé a une certaine responsabilité dans la création de réseaux pour combattre cette problématique.

*« Moi je pense que c'est une action multisectorielle. Il faut lier, on ne travaille plus seuls maintenant. Je parle surtout de la lutte contre le Sida. Ce sont des actions qui engagent généralement plusieurs profils. La santé ne peut pas travailler toute seule. C'est une action avec plusieurs intervenants et la santé doit bien sûr jouer son rôle là-dedans ».*



*« Il faut qu'on discute avec Sarkozy et l'UE comment résoudre le problème de la misère. Pourquoi on empêche les migrants de venir en Europe ... ? Comment améliorer leurs conditions de vie ? Parce que malheureusement, la violence se passe dans un contexte qui est effectivement provoqué par la misère. C'est la migration, c'est l'aventure économique. Mais qu'est-ce qu'un professionnel de la santé peut faire dans la prévention ? »*

#### Autres responsabilités sur le plan de la prévention

2 participants indiquent qu'un professionnel de la santé devrait participer au plaidoyer en faveur de l'accès aux soins pour les transmigrants et que les professionnels de la santé marocains doivent être sensibilisés à ce sujet.

2 participants croient qu'un professionnel de la santé doit prendre lui-même la responsabilité de se renseigner sur cette problématique.

#### ▪ **Pratiques**

39c. <i>Qu'est-ce que vous faites en réalité avec les victimes de violence sexuelle ?</i>
-------------------------------------------------------------------------------------------

Taux de réponse : 22/24

Collectionner des données sur la violence : 10 participants indiquent que la collecte des données fait partie de leurs pratiques habituelles. Ils n'ajoutent pas de commentaires.

3 personnes disent le rapporter aux autorités, l'un d'eux ajoute qu'on ne le fait cependant pas systématiquement.



**Position de la santé publique concernant la prévention de violence sexuelle**

35. Selon vous, quelle est la position principale de la santé publique dans la prévention de la violence sexuelle contre et parmi les transmigrants subsahariens au Maroc ?

-Avant que la violence ne se produise

-Identifier les victimes

-Traiter les conséquences de la violence sexuelle

-La prévention de la violence sexuelle par le département de la santé n'est pas faisable

Taux de réponse : 23/24

La position de la santé publique dans la prévention de la violence sexuelle			
Avant la violence (primaire)	Identifier les victimes (secondaire)	Traiter les conséquences (tertiaire)	Pas faisable
		X	
	X		
X			
X	X		
	X	X	
X		X	
X	X	X	
			X
15	8	7	1

Quelques remarques ajoutées :

\* Les 3 personnes positionnant le rôle de la santé publique dans le secondaire et le tertiaire ajoutent qu' « Il faut traiter, et si possible, identifier les victimes ».

\* Selon 7/23 participants la santé publique devrait occuper une place importante dans la prévention, pourtant elle ne le fait pas actuellement pour plusieurs raisons : la violence contre les femmes est souvent taboue dans le contexte culturel et religieux au Maroc ; le personnel marocain a souvent une fausse perception de la liberté sexuelle dans les cultures marocaines ; le manque de personnel, de structures, de moyens, de connaissances et d'intérêt de la part des Marocains.

\* Un participant affirme que la prévention primaire n'est actuellement possible que par des associations.

« La santé publique ? Déjà pour la violence sexuelle contre les citoyens marocains, il n'y a pas grande chose. Comment voulez-vous que le sujet soit abordé pour les migrants ? La santé publique n'occupe pas de place importante aujourd'hui. Nous sommes un pays de droits de l'homme, nous devrions agir. Mais comme je vous le dis, de par notre religion, un homme qui tabasse sa femme, on l'avale quoi. Dès lors comment voulez-vous que la santé publique fasse un programme de prévention spéciale pour les migrant ? Actuellement, on a les associations, avec les nouvelles lois, les choses vont changer, mais le sujet concernant les migrants n'a pas été sauvé du tout du tout ... C'est à peine aujourd'hui que le plan stratégique de la santé publique commence à parler du VIH et des IST chez les migrants. Donc ... »



### ***Capacités/Besoins dans la prévention de la violence sexuelle***

#### **▪ Compétences**

##### ***41. J'estime avoir les compétences requises pour traiter le problème de la violence sexuelle***

Taux de réponse : 22/24

10/22 s'estiment compétents pour gérer cette problématique. 2/22 se considèrent insuffisamment compétents. 8/22 s'estiment capables de gérer quelques aspects de la problématique (par exemple l'écoute, l'orientation, traiter les conséquences physiques), mais se sentent incapables de gérer une prise en charge totale. 2/22 disent savoir sensibiliser mais pas traiter.

#### **▪ Information**

##### ***14. J'ai besoin de plus d'information sur la violence sexuelle***

Taux de réponse : 22/24

19/22 affirment en général nécessiter plus d'information. Une personne n'a pas exprimé son opinion, 2 participants ne sont pas d'accord. Un de ces deux participants indique qu'il est déjà traumatisé par toute la violence qu'il a vu.

##### ***15. J'ai besoin d'information sur ...***

Taux de réponse : 22/24

8 participants veulent des informations sur tous les aspects de la problématique.

Une dizaine voudrait surtout des informations à propos :

- de la prise en charge des victimes (urgences, traitement médical, psychologique et procédures juridiques)
- des possibilités d'orientation, notamment les possibilités existantes pour la population marocaine
- des possibilités de prévention
- des facteurs de risques
- de l'identification des victimes
- des conséquences de la violence sexuelle

Quelques-uns ajoutent vouloir de l'information sur :

- la prise en charge des mineurs
- la migration, le cadre de vie des migrants
- les causes de la violence
- les résultats des études au sujet de ces phénomènes
- la psychologie des agresseurs

##### ***42. Je peux aider des victimes de la violence, mais j'ai besoin de ...***

Tous les participants expriment des besoins dans plusieurs domaines.

Néanmoins, 2 participants ajoutent que pour le moment, ils réussissent à gérer cette question.

#### **▪ Juridique/procédurale**

6 participants citent des besoins spécifiques sur le plan juridique : des procédures transparentes et respectueuses concernant les certificats médicaux, la déclaration, les témoignages ; l'assistance juridique, ... tant pour les victimes marocaines que pour les victimes subsahariennes.

De plus, on évoque l'importance du respect des droits de l'homme.

2 participants disent qu'il faut une sensibilisation particulière des autorités à propos de cette problématique.

#### **▪ Formation des professionnels de la santé**

19 participants soulignent l'importance d'une formation concernant les différents aspects de la problématique : prévention, attitudes de la population, possibilités thérapeutiques, offre de soins, aspects juridiques, populations à risque, rôles de l'intervenant, différences culturelles concernant cette



problématique, langues, connaissances sur les maladies tropicales. 12 participants (dont 6 Subsahariens) insistent explicitement sur le fait qu’une plus grande connaissance de la culture des transmigrants subsahariens s’avère indispensable.

▪ **Sensibiliser (voir attitudes de prévention primaire)**

9 participants soulignent la nécessité de sensibiliser ; dont 3 qui croient qu’il faut organiser cette sensibilisation à un niveau social.

▪ **Collaboration**

16/24 expriment le besoin d’une collaboration plus élaborée entre les différents acteurs.

6/24 affirment qu’ils veulent connaître les possibilités actuelles au niveau de l’assistance aux victimes.

4 participants indiquent qu’en théorie une collaboration est possible, mais que pour la réaliser il faut impérativement que tous les acteurs assument leurs responsabilités.

3 participants évoquent le besoin d’une réflexion entre les différentes parties concernées : les associations comme le Ministère de la Santé (voir ci-dessous)

▪ **Prise en charge**

17/24 participants signalent des besoins concernant la prise en charge de la violence sexuelle :

- \* une prise en charge structurée, spécialisée et multidisciplinaire. Cette structure peut être institutionnelle ou associative (12)
- \* une stratégie pour la prise en charge des mineurs victimes de violence sexuelle (1)
- \* un accueil spécialisé intégré dans les hôpitaux et dans les instances judiciaires, également disponible pour les victimes marocaines (1)
- \* optimisation du fonctionnement des cellules d’écoute (3)
- \* prise en charge adéquate, coordonnée, systématique et globale (3)
- \* prise en charge totale qui nécessite des bouleversements sur le plan social, sur la politique migratoire et sur la pauvreté (4)
- \* intégration des soins pour les transmigrants dans la stratégie de lutte contre la violence faite aux femmes au Maroc (2)
- \* formalisation de l’accès aux soins de santé publique pour les transmigrants

4 participants, exerçant une fonction de responsabilité dans une association, évoquent ce dernier besoin, 3 illustrent leur opinion en détail :

- **ONUSIDA (Coordinateur Général)**

Les centres multifonctionnels s’adressant aux victimes marocaines de la violence sexuelle sont en phase de création dans tout le pays (stratégie du Ministère). Il faut une intégration des transmigrants dans ces centres (également une demande de l’UNHCR et d’autres associations).

Les associations (comme MSF/MDM/ALCS) peuvent intervenir dans la médiation entre les transmigrants et ces centres spécialisés de la santé publique. Les associations elles-mêmes ne devraient pas prendre en charge les soins médicaux. Actuellement, on applique cette stratégie au dépistage et à la prise en charge des IST.

Concernant l’accès aux soins en général, les transmigrants sont confrontés à un grand nombre de barrières qui les empêchent de profiter d’un accès qui est possible en théorie. Les barrières sont d’origine culturelle et linguistique. De plus, il existe une question de qualité des soins qui n’est déjà à la base pas toujours satisfaisante pour les Marocains. Il faut un texte/une stratégie de la part du Ministère concernant l’accès aux soins pour les transmigrants, une approche qui formaliserait le droits aux soins et les façons de les donner.

- **MSF (coordinateur médical)**

En ce moment il existe certaines possibilités d’accès aux soins en santé publique pour les transmigrants, mais le secteur est en attente d’une formalisation. Les possibilités d’accès sont en fonction de l’association intermédiaire qui sert de médiateur. En général, on a un bon contact avec



les structures de santé publique, mais il y a des barrières importantes (économique, culturelle et administrative). Il faut une concertation officielle entre le ministère et les associations concernant l'accès aux soins pour les transmigrants. La stratégie à adopter devrait comprendre l'approche de la violence sexuelle.

- **OPALS (médecin)**

Actuellement, dans le système de santé, il n'y pas de prise en charge qui s'adresse spécifiquement aux Subsahariens. Il faut vérifier si la volonté d'intégrer les Subsahariens dans le système marocain est effective. D'autre part, cette association signale qu'il y a également des problèmes de la part des patients subsahariens. Leur profil a changé et quelques-uns sont devenus des patients très exigeants. L'abus des services et médicaments fournis librement est constaté.

▪ **Du personnel spécialisé**

13 participants soulignent le besoin d'une équipe spécialisée. 5 participants (dont 2 femmes, 3 hommes) précisent que travailler avec un collègue de l'autre sexe serait indiqué.

7 participants croient qu'il faut disposer d'une assistance psychologique spécialisée. Une personne ajoute qu'il faudrait disposer d'une aide anglophone.

Un participant suggère de former des intervenants spécialisés sur le sujet de la violence sexuelle.

Pour garantir une approche globale de la violence il faut intégrer une démarche d'assistance sociale (1) à son personnel.

▪ **Autres besoins**

\* plus de temps (7)

\* une recherche pour réaliser une approche plus ciblée (1)

\* moyens divers (16, dont 7 non spécifiés) : pour fonder une structure spécialisée (2), encourager les intervenants (1), organiser des séminaires et ateliers (1), diffuser des matériaux didactiques (1), répondre aux urgences (1), accueillir et héberger (5), transporter les victimes (2), etc.

\* un endroit convivial et intime (11)

\* la prise en charge d'une prophylaxie contre le VIH (3)





## **INTERPRETATION DE L’AUTEUR**

### ***Réflexions générales***

#### ***Concernant le groupe des participants***

- \* Les caractéristiques du groupe des participants ont été détaillées dans le paragraphe « Méthodologie : recrutement ». Toutes les données enregistrées sont des opinions spécifiques à l’échantillon et ne peuvent en aucun cas être extrapolées.
- \* Les réponses aux différentes questions sont souvent influencées par la situation professionnelle, le degré de responsabilité, les expériences personnelles et le niveau de formation. En raison de la diversité des participants, on peut soutenir que les thèmes ont été abordés sous différents angles et niveaux.
- \* Concernant les questions 16 et 17 (rôle de la santé publique) il faut remarquer que la proportion des professionnels de santé non-engagés dans une association est trop faible et trop diversifiée pour pouvoir, dans cette étude, les comparer aux professionnels de santé engagés dans une association. L’influence de la connaissance ou non de certaines associations par les différents participants sur leur vision de l’accès aux aides diverses n’est pas claire. Cependant, il faut dire que l’opinion des sept participants travaillant dans le secteur public et associatif correspond à celle des participants travaillant uniquement dans les associations.
- \* Les participants qui affirment que l’aide peut être trouvée au sein de la famille pensent généralement aussi que la police peut offrir une aide. En plus, ces mêmes personnes, approuvent, bien que dans une moindre mesure, le fait que les religieux et les chefs spirituels peuvent offrir de l’aide aux victimes de la violence sexuelle. L’analyse des différents participants est variable.
- \* Concernant les questions 39 a, b et c (agir dans la pratique à différents niveaux), il faut souligner que ces pratiques dépendent du statut/mission professionnel du participant. Ainsi, il semble évident que certains intervenants ne sont pas en mesure d’effectuer des actes médicaux.
- \* Le fait qu’un grand nombre d’institutions/individus aient refusé de participer à l’étude car, d’après leurs dires, ils ne sont pas confrontés à des victimes de violence sexuelle (ce qui contraste avec la prévalence de la violence sexuelle) peut être considéré comme une information importante (manque de connaissance, peur, tabous, manque de compétence, ...)
- \* Au cours de notre travail de terrain, nous avons l’impression que l’échantillonnage tendait vers la saturation. A posteriori, d’autres acteurs se sont pourtant manifestés. Ceci peut être lu comme le signe d’une carte sociale inexistante ou inconnue des participants.

#### ***Concernant le questionnaire/méthode d’utilisation***

- \* Comme les questions ont été posées oralement, plusieurs questions fermées sont devenues des affirmations qui ont pu être commentées. Aussi, certaines formulations de questions pouvaient être éclairées oralement (par l’interviewer). Ainsi, les réponses sont probablement plus critiques, nuancées et utiles lors d’une interview semi-structurée que dans un questionnaire écrit.
- \* La différence entre les réponses écrites et les commentaires oraux est frappante aux questions 16 (sources d’aide) et 17 (rôle du secteur public). De manière générale, il est frappant de constater qu’une réponse écrite se réduise souvent à un « d’accord » alors qu’oralement, on obtenait beaucoup plus de considérations. La question 18 (identifier les victimes) illustre parfaitement ce phénomène.



- \* Cependant, lors des interviews orales, si la réponse se limitait régulièrement à un simple « d'accord », cela doit, à notre avis, montrer une certaine faiblesse de la réflexion préalable sur la formulation de la question, tant le contraste est patent avec les commentaires très élaborés sur plusieurs autres points que les participants nous proposaient.
- \* Pour la même raison (réflexion préalable insuffisante), il relève du bon sens de s'attarder sur le nombre de personnes qui ne répondent pas à certaines questions (ex : questions 39 a b c)
- \* Certaines réponses sont probablement influencées par la tendance à agir conformément à ce qui est souhaitable.
- \* Plusieurs réponses nécessitaient d'être reformulées plus clairement. Ceci aurait pu être évité par un pilotage plus appuyé de l'interview.

### ***Interprétations concernant les résultats***

#### **Interprétation concernant les connaissances**

##### **▪ Connaissance de la prévalence de la violence sexuelle**

En général, les participants ont conscience que la violence sexuelle est fréquente, surtout chez la femme et l'enfant. Concernant des victimes de sexe masculin, il existe plus de doutes. On est aussi conscient de la vulnérabilité des réfugiés/transmigrants.

Il y a un consensus concernant la haute prévalence de la violence sexuelle durant le trajet migratoire à la frontière et au sein de la communauté nigérienne.

Malgré l'estimation d'une haute prévalence de la violence, il est frappant de constater que beaucoup de personnes affirment ne jamais avoir été en contact avec des victimes de violence sexuelle.

On attribue la fréquence de la prostitution et du viol aux conditions de vie et à l'impunité au Maroc. Seules quelques personnes lient certaines formes de violence sexuelle au contexte spécifique de la vie du migrant au Maroc (comme la violence au sein des nouveaux couples).

##### **▪ Connaissances concernant la violence sexuelle**

#### **Définition de la violence sexuelle**

Seuls quelques participants répondent à cette question à partir d'une référence théorique et font la différence entre les concepts de violence psychique, verbale, sexuelle et physique. On ne distingue pas de types de violence liée au sexe. Certaines personnes considèrent qu'il s'agit de violence sexuelle, alors que pour d'autres, il s'agit principalement de viol. Étonnement, tout le monde connaît ou reconnaît ces phénomènes, surtout après une courte explication de la chercheuse. La définition donnée par les témoins est influencée par leur expérience personnelle ou par son contexte d'intervention.

Les réponses de certains participants paraissent parfois incohérentes, ce qui peut être causé par de l'hésitation ou par l'absence d'une définition claire de la violence sexuelle.

#### **Conséquences de la violence sexuelle**

En général, les participants sont conscients de l'impact psychologique de la violence sexuelle. Certains estiment que les conséquences physiques sont plus lourdes ; le manque de précision dans le choix des mots du questionnaire joue probablement un rôle (le mot « surtout » ...). Par ailleurs, on affirme observer des problèmes psychosomatiques, ainsi que des conséquences à long terme de la violence sexuelle. Les réponses à la question concernant les signaux d'alarme utilisés (question 37) montrent essentiellement des conséquences physiques et psychologiques. Les problèmes psychosomatiques sans autres signes n'alertent pas les professionnels.

#### **Informations concernant la violence sexuelle**



Au Maroc, la conscience d’une violence envers les femmes et les enfants s’accroît, de ce fait, différentes sources d’information sont présentes. En outre, la demande d’information est très importante, cf. « Besoins ».

### Interprétations des attitudes et pratiques face au modèle de prévention en santé publique

#### ▪ **Modèle de prévention en santé publique**

Les différents participants ne connaissent pas les trois niveaux de prévention. Pour la plupart d’entre eux, « prévention » signifie « prévenir la violence », ce qui correspond à la prévention primaire. Par ailleurs, ils insistent sur la nécessité d’une bonne prise en charge des victimes. Cette dernière a lieu dans le cadre de la prévention tertiaire mais n’est pas reconnue par les participants comme faisant partie intégrante du modèle de prévention.

#### ▪ **Prévention tertiaire**

##### Soins médicaux immédiats

Concernant les soins médicaux immédiats, les attitudes préconisées par les participants sont conformes aux directives de l’UNHCR concernant la prise en charge de la violence sexuelle. Il semble que les pratiques quotidiennes correspondent fortement à ces attitudes. Au cas où le mandat du participant ne lui permet pas d’accomplir certains actes médicaux, l’importance du relais à un autre niveau est reconnue comme étant primordial. L’accomplissement des actes médicaux se déroule selon la propre conviction et interprétation de responsabilité médicale du soignant. Seule une organisation agit selon un protocole déterminé.

L’avortement est un sujet abordé avec réticence, seuls quelques soignants le pratiquent. Ceci est dû au contexte religieux et légal au Maroc.

##### Orientation psychologique, sociale et juridique

Le groupe consulté est convaincu de l’importance d’une assistance psychologique, et a une attitude positive en la matière. Les pratiques évoquées concernant la prise en charge psychologique correspondent en grande partie au discours des acteurs. La conscience de l’impact psychologique de la violence suppose qu’un comportement souhaitable peut jouer un rôle important dans l’indication des pratiques réelles. Toutefois, au vu des autres questions sur la difficulté d’orienter les victimes, le manque de personnel, etc., on peut douter de la réalité des pratiques indiquées.

La même réflexion peut être faite concernant la recherche d’un environnement sécurisé. L’importance de celui-ci est clairement établie dans les attitudes ; la moitié des participants affirme l’appliquer en pratique, mais ils évoquent simultanément de nombreuses difficultés telles que la situation difficile des migrants, le manque de solutions d’accueil ...

Par ailleurs, il y a une différence évidente entre les attitudes et l’orientation juridique. Ceci est dû en grande partie à un manque de procédures juridiques transparentes et standardisées et d’autre part, à des failles légales structurelles et d’organisation (manque de temps, impossibilité de suivi juridique, incompétence, ...).

##### Suivi

Le suivi à long terme est quasiment absent, d’une part, à cause de l’idée véhiculée que la responsabilité du médecin s’arrête aux soins de problèmes physiques et que le suivi est la mission du psychologue. On constate donc que de possibles conséquences physiques à long terme de reproduction et des plaintes physiques chroniques ne sont pas prises en considération. D’autre part, ce suivi n’est pas évident lorsqu’il s’agit d’une population illégale et mobile comme les migrants Subsahariens.

##### Informers les victimes des conséquences

Les attitudes et les pratiques s’accordent. Il y a des inconvénients évidents. Les commentaires sont réduits.

#### ▪ **Prévention secondaire**

L’objectif de la prévention secondaire est de localiser les personnes les plus vulnérables, de réduire la prévalence et la gravité de la violence et d’éviter l’évolution des premiers symptômes. La première impression de la plupart des participants est que la prise en charge de la violence sexuelle a lieu dans le



cadre de la prévention tertiaire. Bien que l’importance de la prévention primaire soit reconnue, il n’y a pas de consensus et de conscience du « pourquoi » et du « comment » de la prévention secondaire. Par conséquent, en pratique la prévention secondaire n’a pas lieu.

Cette constatation provient des observations suivantes.

Attitudes face au « dépistage systématique » (questions 18, 19, 21, 22)

- \* Pendant les interviews, on constate qu’une seule organisation a conscience de cette partie de la prévention. Dans cette organisation, la question du dépistage fait en principe, partie intégrante du protocole. A cause des changements fréquents de personnel au sein de son équipe, cette organisation est contrainte de chaque fois former son personnel. En conséquence, le dépistage n’est pas appliqué de façon systématique.
- \* 10 personnes affirment que lorsqu’ils suspectent une expérience de violence sexuelle (donc pas de manière systématique), ils questionnent effectivement les victimes. Cette attitude est difficilement interprétable car la notion de « suspicion de violence vécue » est subjective. Les réponses à la question concernant les signaux d’alarme sont essentiellement comprises à partir de l’idée que ces signaux d’alarme sont les conséquences immédiates et psychologiques de la violence. Par ailleurs, 4 de ces 10 personnes ont participé à l’étude par écrit (donc apports moins convaincants, cf. expliqué ci-dessus). Deux participants affirment que l’on ne questionne les victimes à ce sujet qu’en cas de raisons médicales urgentes (VIH – prophylaxie). Un des participants dit poser cette question au partenaire ; un autre dit agir selon le protocole donné.
- \* De nombreux obstacles à l’identification des victimes sont formulés :
  - Manque de compétences
  - Manque de possibilités d’intervention adaptées après l’identification de la victime
  - Crainte de brusquer la victime, surtout lors de la première consultation
  - Ne fait pas partie de la mission
  - Manque de temps
  - Crainte d’inciter la population à la violence sexuelle
  - Eviter de faire resurgir des douleurs anciennes
  - Respect du choix de certains patients de ne pas en parler
  - Ne pas chercher de diagnostic lorsqu’il n’y a pas de symptômes
- \* que le dépistage systématique fait baisser la prévalence de la violence, puisque c’est à la frontière que la prévalence de la violence est la plus haute. Néanmoins, on reconnaît son importance pour une prise en charge correcte.
- \* On insiste enfin sur le fait que le dépistage doit en particulier être appliqué dans les populations à risques.

Est-ce que l’identification relève de la responsabilité du professionnel de la santé ?

Tout le monde s’accorde sur le fait de dire qu’un professionnel de la santé peut offrir de l’aide à une victime (prévention tertiaire). Par ailleurs, la moitié des participants considère que l’identification relève de la responsabilité du professionnel de santé.

En outre, l’accent est mis sur l’importance de la confiance et de la compétence. Une relation de confiance peut-être nouée avec le professionnel de la santé, et selon certains plus spécifiquement avec l’intervenant ou l’assistant social. Cependant, on ne dispose pas de suffisamment de personnes compétentes.

Un peu moins de la moitié des participants estiment que ceci ne relève pas de leur responsabilité. Il s’agit surtout d’une résistance face à une pratique systématique et active d’identification par n’importe quelle personne/fonction.



### Quelle est la pratique actuelle ?

D’après les réponses à cette question, la pratique actuelle consiste à laisser la victime parler, sauf en cas de signes évidents de violences. Le professionnel de la santé affirme adopter une attitude favorable à l’expression de la victime. Cette attitude consiste à créer un climat de confiance et à aborder le sujet de façon indirecte.

En outre, la majorité des professionnels de santé sont motivés pour identifier les victimes et ceci surtout dans le but d’une prise en charge correcte, mais il existe un manque de compétences et de moyens d’intervention adaptés.

#### ▪ **Prévention primaire**

En général, les statistiques sur la violence sexuelle ne sont pas rapportées. Ceci est en partie dû au fait que le travail du participant se situe à un autre niveau. Mais les organisations reconnaissent également ne pas le faire systématiquement. D’une part, parce qu’il s’agit d’une population illégale et très vulnérable, ce qui demande de redoubler de prudence. D’autre part, nous avons eu l’impression que cela ne les préoccupait pas.

La sensibilisation est considérée comme étant primordiale. On peut expliquer ceci en partie par le fait qu’actuellement, la santé publique se focalise essentiellement sur le VIH/Sida et autres IST quand il s’agit de migrants. Cette problématique est abordée en grande partie au niveau de la prévention primaire. Les intervenants ont là un rôle important à jouer.

En pratique, on entreprend peu de choses en matière de sensibilisation. On signale que les sessions d’informations concernant les IST sont l’occasion d’évoquer la violence sexuelle et que la prise de conscience des risques de contagion pendant le viol peut aboutir à une demande d’aide.

Enfin, il apparaît clairement que les professionnels de la santé trouvent que la prévention primaire est une tâche très difficile qui doit être abordée à un plus haut niveau.



### ***Interprétation des connaissances apprises sur le terrain***

#### **Rôle de la santé publique au Maroc versus les associations**

Une caractéristique importante de l’offre de soins au Maroc est la séparation entre le fonctionnement des associations et la santé publique institutionnelle. Cette séparation est encore plus accentuée sur le plan de la santé des réfugiés/transmigrants.

Plusieurs observations appuient la conclusion que les réfugiés/transmigrants ne sont actuellement pas des publics cibles atteints par la santé publique :

- Pendant le recrutement, le secteur de la santé publique était difficile à atteindre, ce qui témoigne du niveau d’(in)accessibilité de ce secteur pour les réfugiés/transmigrants. En plus, le secteur de la santé publique donnait souvent le manque de contact avec des réfugiés/transmigrants comme raison pour ne pas participer à cette étude.
- Quasi tous les participants, sauf les participants engagés uniquement dans le secteur de la santé publique, précisent qu’actuellement l’offre de soins pour les transmigrants est de la responsabilité des associations.
- Plusieurs autres barrières et besoins ont été évoqués au cours des entretiens (cf. questions 17, 35 et 42)

D’autre part, plusieurs initiatives des associations se mettent en œuvre, souvent en accord avec le Ministère de la Santé, dans le but de favoriser l’accessibilité aux soins pour les transmigrants.

A Casablanca, on vise un accès égal aux centres de santé, pour migrants comme Marocains. En théorie ceci est possible, car les services de santé généraux sont ouverts à tous et les premiers soins sont gratuits pour tous. Dans les quartiers avec une population de migrants dense, on se sert déjà de ce droit.

Le réseau qu’on veut établir à Casablanca est basé sur l’idée que les associations (MSF, MDM, ALCS) jouent un rôle de médiateur entre les migrants et la santé publique à travers les intervenants. Les groupes-cibles sont actuellement les séropositifs, les femmes enceintes et les personnes devant être hospitalisées. Au moment de l’étude à Casablanca, le réseau entre migrants, intervenants, associations et centres de santé était sur le point de démarrer.

La plus grande offre de soins pour les migrants se situe à Rabat. MSF y fait de la médiation en santé publique. En plus, il existe une collaboration entre Caritas, ALCS, MDM et le CAM (Centre d’Accueil des Migrants) en matière d’assistance psychologique, pour les médicaments et l’éducation. Le CAM a également des équipes sur le terrain, fait aussi de la médiation et collabore avec l’ALCS sur le plan de la prévention, du dépistage et du traitement du VIH chez les réfugiés/transmigrants.

#### **Position du secteur de la santé dans la prévention de la violence sexuelle**

La prévention primaire est considérée comme étant très importante. De même, le rôle de la santé publique dans la prévention tertiaire est considéré comme indispensable. Mais on ne peut tout de même pas se limiter à ce niveau.

La prévention secondaire n’est pas négligée, mais n’occupe pas comme une position évidente et indépendante. On a recours à la prévention secondaire dans les situations où la prévention primaire ne suffit pas, et constitue un atout supplémentaire en combinaison avec la prévention tertiaire.

#### **Besoins du secteur de la santé pour aborder le problème**

En analysant les réponses aux entretiens, on peut conclure qu’il y a des besoins dans plusieurs domaines. Ces besoins ont été évoqués tout au long des interviews. Ils sont très explicites.





Avant tout, il semble que l'accueil actuel des victimes marocaines ne se déroule pas du tout sans encombre. Les initiatives sont encore en cours de démarrage et nécessitent un travail d'optimisation. Les autres besoins concernent la prévention de la violence sexuelle contre et parmi les réfugiés/transmigrants.

Plusieurs participants ne s'engagent que pour les migrants et par conséquent ne connaissent pas les possibilités d'aide pour les victimes marocaines. De cette manière, on ne tient pas compte des possibilités existantes.

En résumé, on dira qu'il faut organiser des formations pour accroître le nombre de personnel compétent, spécialisé et sensibilisé. Par ailleurs, une image plus claire des possibilités d'aides médicales, psychologiques et juridiques actuelles pour les victimes doit être élaborée et une collaboration plus coordonnée et structurée avec les acteurs développée.

En ce moment, une stratégie de lutte contre la violence à l'égard des femmes au Maroc est mise sur pied. Cette stratégie a pour but de créer des centres d'accueil pour les victimes de la violence dans tout le pays. Ces centres devraient devenir des structures multidisciplinaires qui s'occupent de la prise en charge globale de la violence sexuelle et ceci aux trois niveaux de prévention. On souhaite donc l'incorporation des victimes subsahariennes dans la stratégie du Ministère, tout en attirant l'attention sur la politique de refoulement actuelle et les barrières d'accès aux soins pour les réfugiés/transmigrants.

## **CONCLUSION**

Les actions nécessaires pour une prévention complète sur trois niveaux sont les plus effectives quand elles sont réalisées d'une façon multidisciplinaire. Ainsi, les recommandations de l'étude sont adressées à l'ensemble des professionnels de la santé. Elles sont élaborées selon les résultats et s'inspirent des recommandations de l'UNHCR et du FNUAP<sup>15</sup> (UNHCR, 2003 ; FNUAP, 2001). Ces recommandations constituent une phase préliminaire et ont été critiquées et complétées au cours du séminaire final du projet « Violences sexuelles et Transmigrants subsahariens au Maroc », tenu le 8 mai à Rabat. Pour les recommandations finales : rendez-vous au chapitre « Recommandations ».

### **Action 1 : Prévoir des soins efficaces, accessibles et immédiats, inspirants confiance**

\* Donner la possibilité aux victimes d'avoir un accueil direct dans un centre de santé, une cellule d'écoute, ou par l'intermédiaire d'un intervenant sensibilisé. Ce système d'accueil sera uniforme pour toute la communauté.

\* Un examen et traitement médical exécuté par un personnel entraîné selon un protocole univoque. Ce protocole comprend les éléments suivants :

- prévention des maladies, IST et autres
- prévention des grossesses non-désirées
- soins des blessures
- recueil des informations légales selon un système uniforme, élaboré avec la police
- offre d'un soutien et d'une assistance psychologique
- si nécessaire, orientation et organisation du transport vers d'autres niveaux de soins

\* Collecte des preuves médicales si la victime veut entreprendre des démarches judiciaires

\* Organisation d'un suivi adapté au profil du patient. Porter l'importance de ce suivi à la connaissance de la victime, renseigner la victime sur la santé reproductive et les conséquences de la violence sexuelle. Organiser éventuellement des sessions de groupe.

\* Orientation vers d'autres secteurs de prise en charge (sociale et juridique) selon des procédures établies.

---

<sup>15</sup> Fond des Nations Unies pour la Population



### **Remarques**

- \* Pour atteindre une coordination et uniformité dans l’offre de soins actuelle (médicale, psychologique, sociale et juridique), il faut une concertation avec tous les acteurs (le Ministère de la Santé et de la Santé Publique inclus) et une analyse des défauts et qualités des réponses actuelles.
- \* Juridiquement : il faut une connaissance des procédures par les professionnels de santé, ainsi qu’une collaboration étroite avec un système d’assistance juridique des victimes. Il faut également une intégration des réfugiés/transmigrants dans le système judiciaire du Maroc, ce qui nécessite une solution préalable pour les migrants en situation irrégulière.
- \* Suivi : le professionnel de la santé doit avoir conscience des conséquences à long terme de la violence sexuelle. De même, il doit être conscient des barrières de suivi éprouvées par les réfugiés/transmigrants.
- \* Les soins devraient être libres et disponibles dans le centre d’accueil où les victimes arrivent. Plus spécifiquement, il existe un besoin de prophylaxie contre le VIH et des tests de sérologie gratuits.
- \* Une assistance sans demande de papiers devrait être possible, cet anonymat doit être communiqué clairement au grand public.
- \* Le centre doit inspirer confiance, les victimes doivent être soignées dans un endroit discret et respectant l’intimité.
- \* Regrouper les victimes peut aider à lutter contre la crainte d’être stigmatisé et la culpabilisation. Par ailleurs, ceci peut fonctionner comme soutien social pour les réfugiés/transmigrants qui ne trouvent pas d’appui auprès de leur réseau social.

### **Action 2 : Intégration des réfugiés/migrants subsahariens dans le secteur de la santé publique marocaine**

- \* Former un membre du personnel dans les centres de santé et dans les hôpitaux qui sait prendre en charge des réfugiés/transmigrants : connaissance de l’influence des cultures et origines subsahariennes sur la santé (p. ex. maladies tropicales, expression des symptômes et émotions) ; conscience des difficultés rencontrées pendant le trajet migratoire et impact sur le long terme ; conscience du contexte de vie au Maroc et des barrières d’accès aux soins.
- \* Voir les patients dans leur contexte global et en tenir compte dans la prise en charge.
- \* Organiser une prise en charge des problèmes linguistiques, économiques, administratives.
- \* Sensibiliser : le personnel marocain et les transmigrants sur les possibilités d’aide.
- \* Réfléchir avec le Ministère de la Santé et les associations sur une médiation entre le groupe-cible et les centres de santé/hôpitaux.
- \* Formaliser l’accès aux soins sous forme d’un rapport officiel du Ministère de Santé marocain.
- \* Analyser les autres barrières d’accès aux soins publiques et tenter de les réduire.



### **Action 3 : Identifier les victimes précoces de violences sexuelles**

- \* Etre conscient des barrières (comme la honte, la peur, la langue, la culture) qui empêchent certaines victimes d’aborder spontanément le sujet de la violence avec le professionnel de la santé.
- \* Analyser ces barrières et tenter de les réduire.
- \* Prendre conscience de ses propres barrières pour aborder le sujet de violence sexuelle.
- \* Développer une méthode de dépistage, d’identification. Renseigner le personnel de la santé sur ces techniques.
- \* Des intervenants formés et sensibilisés ont une position idéale dans la communauté pour s’engager dans l’identification des victimes de la violence sexuelle. Une communication claire auprès de la communauté sur les possibilités existantes pour les victimes peut se baser sur ces intervenants.
- \* Donner une réponse immédiate et adéquate après une identification précoce des victimes, afin de maintenir la confiance accordée aux services par les victimes.

#### ***Remarques***

- \* Le manque de suivi à cause de la mobilité de la population des transmigrants renforce d’autant plus l’importance de la phase d’identification.
- \* Ce dépistage peut être associé aux activités de dépistage du VIH.
- \* Il faut éviter une stigmatisation de la population subsaharienne en ce qui concerne la violence sexuelle.

### **Action 4 : Créer une structure spécialisée et multidisciplinaire pour aborder le problème des violences sexuelles**

- \* Développer une collaboration entre le personnel travaillant dans les domaines de la santé, de la sécurité, de l’éducation, etc.
- \* Etablir des réseaux qui comprennent le groupe-cible, les intervenants, les centres d’accueil, les centres de santé, la police, le secteur de la santé publique et les associations spécialisées.
- \* Optimiser les activités et le nombre des centres d’accueil déjà établis.
- \* Intégrer les réfugiés/transmigrants dans la stratégie nationale pour la lutte contre la violence faite aux femmes.

### **Action 5 : Travail avec du personnel suffisant, divers et spécialisé**

- \* Tout le personnel qui entre en contact avec des victimes potentielles de la violence sexuelle, doit être informé sur des thèmes comme le genre, la violence sexuelle, la migration, la sexualité et les différences interculturelles. Respect et compréhension de la manière de vivre la sexualité et la santé reproductive dans les cultures subsahariennes sont nécessaires.

- \* Les capacités spécifiques :

Intervenants :

- sait donner un premier accueil psychosocial et moral.
- sait rapporter et orienter correctement vers un centre adapté
- vit dans un climat de confiance avec le groupe-cible
- participe aux campagnes de sensibilisation
- est capable d’utiliser les techniques de dépistage/d’identification des victimes



Médecin/infirmier :

- connaît le protocole établi de la prise en charge immédiate de la violence sexuelle
- connaît les procédures de suivi et d’orientation

\* Diversifier le personnel sur le plan linguistique, ethnique, religieux, sexe, spécialisation, ...

### **Action 6 : Mieux vaut prévenir que guérir**

\* Collaborer avec des intervenants et de cette manière pouvoir atteindre le groupe-cible. Les intervenants sont une source d’information de grande valeur et irremplaçables dans la propagation des messages de sensibilisation et de protection.

\* Exercer une pression sur les autorités en rapportant des données collectées.

\* Identifier les facteurs qui contribuent à la vulnérabilité et adapter les campagnes de prévention.

\* Organiser des activités dans le domaine de la santé reproductive. Par ailleurs, les campagnes de sensibilisation et d’information à propos du VIH/Sida peuvent s’élargir aux activités et discussions concernant le genre et la violence liée au sexe. Impliquer aussi les hommes dans ces activités.

#### ***Remarque***

La prévention primaire exige une approche globale et dépasse la responsabilité des professionnels de la santé, soit une prise en charge qui a pour objectif des changements dans les politiques migratoires du Maroc et des pays européens, ainsi que des transformations dans les valeurs et les normes des cultures des sociétés européennes, subsahariennes et maghrébines.

### **REFERENCES**

BARBOUR R.S. : Checklists for improving rigour in qualitative research : a case of the tail wagging the dog ? BMJ, 2001, 322 :1115-7.

BUSTON K., PARRY-JONES W. et al. : Qualitative Research. British Journal of Psychiatry, 1991, 172 :197-199.

BUTCHART A., PHINNEY A., CHECK P., VILLAVECES A. Preventing violence : a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. Department of Injuries and Violence Prevention, World Health Organization, Geneva, 2004.

KRUG E.G., DAHLBERG L.L., MERCY J.A., ZWI A., LOZANO-ASCENCIO R. : Rapport Mondial sur la violence et la santé. Organisation Mondiale de la Santé, 2002.

LINCOLN Y., GUBA E.G. : Naturalistic Inquiry. Sage. 1985.

ROELEN K., VERSTRAELEN H., VAN EGMOND K. et TEMMERMAN M. : A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetricians-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. BMC public health., 2006, 6 :238.

STRAUSS A., CORBIN J. : Grounded theory methodology. Handbook of Qualitative Research. Sage. 1994, 273-285.

WOLFE D.A., JAFFE P.G. : Emerging Strategies in the Prevention of Domestic Violence. The Future of Children, 1999, 9(3) :133-44.

Comment aborder en pratique la violence liée au sexe : Guide programmatique à l’intention des praticiens et gestionnaires de santé. FNUAP, 2001.

La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées :Principes directeurs pour la prévention et l’intervention. UNHCR, 2003.



## **7. INTERPRETATION DES RESULTATS PAR LE CONSEIL COMMUNAUTAIRE**

### **7.1. SYNTHESE DES DEBATS AU SEMINAIRE**

Afin de pouvoir interpréter, nuancer, préciser, et valider les résultats, ainsi qu’établir des recommandations de prévention avec le Conseil Communautaire, ces données préliminaires ont été présentées et discutées lors d’un Séminaire tenu le 6 mai, en présence d’une cinquantaine de participants, à la Faculté des Sciences de l’Education de l’Université Mohamed V à Rabat. Vous pouvez trouver le programme du séminaire dans la deuxième lettre d’information en annexe 2.

La présentation des résultats a été suivie d’un débat. Plusieurs participants représentant diverses institutions se sont félicités d’avoir été associés à une telle recherche. Ils ont salué l’utilité et la qualité de la démarche, ainsi que l’importance de poursuivre la définition de recommandations.

Les questions des participants ont essentiellement porté sur :

- le nom du projet et le terme «transmigrants ».
- le caractère représentatif de l’échantillon, notamment au vu du faible taux de personnes sans logement.
- la présence ou non d’étudiants subsahariens dans l’échantillon.
- la participation à l’étude des ministères compétents.
- le partage des tâches entre les ministères et les associations en matière de prévention.
- la nécessité de renforcer les actions des ONG, en matière de prévention et de suivi juridique des droits des victimes.
- La nécessité d’engager des initiatives dans le domaine de l’éducation.
- La nécessité d’engager des initiatives dans le domaine de l’accès aux soins.

Pour les chercheurs responsables de l’étude, le Maroc est devenu un pays de destination par la force des choses. Le terme « transmigrants » traduit l’état d’une personne à un moment de son trajet migratoire. Il fait également référence à la non-reconnaissance du droit de séjour. L’échantillon a été composé avec l’aide des Chercheurs Communautaires. On a dû tenir compte des difficultés d’identification, de contact et des difficultés de langue. Les étudiants en séjour régulier étaient exclus du champ de l’enquête, mais une étude les concernant serait également très intéressante.

L’étude est qualitative et participative, l’échantillon n’est donc pas représentatif, ce qui serait difficile à constituer dans la mesure où le public cible est clandestin et caché. Mais compte tenu de la taille de l’échantillon et de la dispersion sociale et géographique des interviewés, on peut dire que l’échantillon est très significatif et contribue à la qualité des recommandations qui doivent être extraites de la recherche.

Toutefois, des biais peuvent exister, par exemple la construction en « grappes » a surtout privilégié les personnes les mieux insérées dans les réseaux. Les problèmes les plus aigus sont signalés parmi les personnes isolées et aussi dans les zones frontalières. La violence née principalement du rapport de force trop déséquilibré entre des personnes vulnérables et des bourreaux qui fonctionnent en dehors de tout contrôle sociétal ou étatique. L’idéal serait qu’un projet s’intéresse par exemple spécifiquement aux zones frontalières.

Pour que les personnes évoquent les violences subies et acceptent de traiter les conséquences de ces violences, une relation de confiance doit être établie avec les victimes. Les chercheurs communautaires ont pu réaliser cette tâche difficile. Pour ce qui est de la question du traitement, il semble important de s’orienter vers des centres spécialisés qui vont gagner la confiance des victimes.

Selon divers participants, les raisons des violences sont également géopolitiques :

- certains pays ont fermé leurs frontières, ce qui crée de l’immigration clandestine.
- il existe des réseaux illégaux qui promettent le paradis sur terre.



- une sensibilisation doit être effectuée au sein des pays d'accueil et d'origine, les personnes doivent être conscientisées sur les dangers.
- le travail des associations et des états doit être coordonné.
- si les irréguliers ne sont pas protégés, leurs enfants sont condamnés à grandir dans la clandestinité : difficultés de scolarisation, d'insertion, etc. On exporte le problème aux générations suivantes.

Selon les chercheurs, c'est précisément là que réside un des intérêts majeurs de ce travail communautaire et participatif. L'étude a pu impliquer tant la société civile que les décideurs, bien que diversement. Ainsi, les ministères sont restés absents du débat direct, car le sujet demeure très sensible, mais ils observent les résultats des travaux. Néanmoins, il faut souligner que s'ils avaient mieux coopéré, la qualité de l'échantillon aurait pu être meilleure.

Le volume du travail qui reste à effectuer est important. Les chercheurs veulent avancer dans l'analyse, identifier les logiques des données et comprendre les mécanismes de violence – dont les mécanismes culturels – en ce qui concerne les transmigrants. Les remarques du public seront très utiles dans ce sens.

## **7.2. TMOIGNAGES DES CHERCHEURS COMMUNAUTAIRES**

Deux chercheurs communautaires ont résumés leur expérience comme suit :

*« En ce qui concerne mon expérience en tant que chercheur communautaire ce qui était difficile pour moi , c'était après l'entretien, je sentais que ma tête était pleine et que j'avais envie de dégager toutes ses histoires de ma tête. Des fois même ça m'arrivait d'avoir peur de sortir la nuit, j'étais toujours sur la défensive surtout envers les hommes. Ce qui allait bien pendant l'entretien c'était que j'arrivais quand-même bien à contrôler mes émotions et à faire parler l'interviewé.*

*Je pense que cela a changé ma vie professionnelle parce que je pense avoir acquis une bonne expérience. Ce n'est vraiment pas facile d'interviewer une personne qui a subi des violences sexuelles d'autant plus que c'était ma première fois et ça m'a aussi donné le courage d'œuvrer en faveur de ces personnes et en plus avec mon nouveau boulot je suis hyper motivée, je me sens utile.*

*Concernant ma vie personnelle, je suis devenue très attentive à tout ce qui se passe, je fais très attention à moi et je sensibilise aussi mes proches en ce qui concerne la violence sexuelle et c'est à partir de là que j'ai compris ce que beaucoup de mes proches ignorent encore aujourd'hui : qu'il y avait des migrants qui subissaient des violences sexuelles au Maroc.”*

Chercheur communautaire féminine qui travaille maintenant comme infirmière chez une ONG du Conseil Communautaire et qui s'occupe particulièrement des migrants victimes de violence.

*« Après avoir eu à lire la première lettre d'information et après avoir participé au séminaire du 06/05/09 à Rabat; je m'en vais d'emblée vous féliciter parce que les premiers résultats sont éloquents. La recherche a apporté les réponses attendues pouvant servir de base de données pour d'autres organismes tant nationaux qu'internationaux (je suis personnellement fier d'avoir contribué à une telle œuvre). Cela permettra à ces derniers d'avoir une approche beaucoup plus humaine face à ce sujet si sensible.*

*S'agissant de recommandations, ce projet simple et louable constitue une arme pouvant forger chez les générations futures d'immigrants, une nouvelle manière de voir les choses. C'est ainsi que je recommande que le rapport final puisse s'il le faut être traduit aussi dans au moins une ou deux langues les plus parlées en Afrique subsaharienne....pour en permettre une large diffusion. Je recommande aussi que vous puissiez tenir compte de la réalité humaine dans le rapport final. On n'immigre pas par plaisir d'immigrer, ce sont les difficultés de la vie qui poussent les gens à tenter l'aventure ailleurs malgré eux. Le déséquilibre croissant entre le Nord et le Sud fera en sorte que*





*l'immigration ne pourra pas s'arrêter, aux Etats à chercher les solutions à ce sujet. Voilà ce que j'avais à cœur de vous dire, avec ma petite expérience de chercheur communautaire, concernant ce projet. Je vous rejoins dans votre intérêt de pouvoir si pas empêcher mais du moins, limiter la violence sexuelle envers les migrants. » Chercheur Communautaire actif dans l'éducation des jeunes migrants*

## **8. RECOMMANDATIONS POUR LA PREVENTION**

Les recommandations proposées par les participants sont présentées de façon synthétique par atelier. Le schéma comprend à chaque fois les niveaux « micro », « méso » et « macro ».

### ***Atelier 1 : La santé sexuelle***

#### **MICRO (aspects individuels)**

- \* Avoir une bonne hygiène de vie
- \* Avoir des toilettes
- \* Veiller à la propreté, aux soins corporels
- \* Savoir se protéger sexuellement
- \* Avoir un comportement sexuel responsable
- \* Eviter l'usage de la violence
- \* Respecter certaines valeurs (dignité humaine)
- \* Avoir une conscience morale
- \* Eviter d'avoir des rapports sexuels non protégés en cas de maladies
- \* Ne pas hésiter à s'adresser à des professionnels de la santé

#### **MESO (communautés de vie, dimensions locales et associatives)**

- \* Organiser des séances, des séminaires d'information
- \* Favoriser le dialogue au sein de la famille sur la sexualité
- \* Avoir un dialogue au sein du couple
- \* Garantir de bonnes conditions sociales et économiques
- \* Convaincre les familles que la santé sexuelle est une condition de bien-être
- \* Faire connaître les IST
- \* Rendre accessibles les centres de santé
- \* Faire connaître les moyens de prévention (des grossesses involontaires, des IST)
- \* Avoir accès à un contrôle médical régulier
- \* Avoir accès à un traitement en cas de maladie
- \* Intégrer les Subsahariens eux-mêmes dans le processus de la prévention
- \* Orienter les transmigrants vers les ONG et associations
- \* Lutter contre la discrimination sociale
- \* Proposer un « numéro vert »

#### **MACRO (dimensions nationales et internationales)**

- \* Développer une campagne de sensibilisation (médias)
- \* Introduire l'éducation sexuelle dans le programme scolaire, la compléter, l'approfondir
- \* Rendre les préservatifs accessibles
- \* Renforcer et généraliser l'intégration sociale des Subsahariens
- \* Sensibiliser les Subsahariens dans leurs langues, élaborer des matériels
- \* Elaborer un guide de santé sexuelle
- \* Renforcer les lois contre la discrimination raciale
- \* Garantir une couverture médicale à tout individu



## ***Atelier 2 : Prévention de la violence sexuelle***

### **MICRO**

- \* Dénoncer les agressions
- \* Aider les populations à risque de se protéger
- \* Aider à atteindre la santé sexuelle
- \* Rendre l'éducation sexuelle accessible
- \* Impliquer les représentants des communautés migrantes dans la sensibilisation

### **MESO**

- \* Impliquer les ONG locales
- \* Aider les populations à risque à se protéger
- \* Rendre accessibles l'information et la prise en charge des victimes
- \* Elaborer un guide/agenda sur la violence sexuelle
- \* Développer un travail en réseau d'ONG
- \* Standardiser le dépistage (déjà fait au niveau du HCR et de l'OIM)
- \* Standardiser la formation sur la violence sexuelle
- \* Former des éducateurs pairs
- \* Développer un plaidoyer auprès des gouvernements
- \* Appuyer l'ouverture des centres d'accueil, des cellules d'écoute
- \* Intégrer les irréguliers à ces activités

### **MACRO**

- \* Sensibiliser les pays d'origine, de transit et d'arrivée
- \* Informer les populations ciblées avant, durant et après les déplacements
- \* Sensibiliser les médias : diffuser l'information sur les dangers
- \* Sensibiliser les structures scolaires et administratives : informer
- \* Utiliser les forums Internet : orienter vers des structures de prise en charge
- \* Mobiliser des témoignages
- \* Impliquer les décideurs nationaux à l'abolition des réseaux de prostitution
- \* Garantir aux populations à risque l'accès aux soins et le droit à la santé
- \* Faire de la prévention au niveau des zones frontalières
- \* Sécuriser les populations à risque
- \* Mettre publiquement fin à l'impunité des agresseurs
- \* Former la police et les forces armées à tous les niveaux
- \* Collecter des données sur la violence sexuelle et les rendre disponibles
- \* Installer une politique des besoins primaires et des droits des populations à risque
- \* Impliquer la population migrante dans la prévention en différentes langues

## ***Atelier 3 : Rôle du secteur de la santé dans la prévention de la violence sexuelle***

### **MICRO**

Pour les intervenants en général :

- \* Former et sensibiliser des intervenants spécialisés (des relais) sur la violence sexuelle
- \* Définir les rôles et le code de conduite de l'intervenant spécialisé



‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention

- \* Produire du matériel d’information professionnel
- \* Recruter des intervenants de différentes communautés et langues

Pour les médecins :

- \* Former à la gestion de la violence sexuelle
- \* Conscientiser à l’importance et à l’urgence d’une prophylaxie
- \* Développer du matériel professionnel spécifique
- \* Développer un code de conduite spécifique, notamment la confidentialité

#### MESO

- \* Identifier les centres et associations proposant des services en la matière
- \* Organiser un réseau entre les associations offrant divers services
- \* Assurer une prise en charge multidisciplinaire
- \* Informer les associations concernées sur la problématique des transmigrants
- \* Intéresser les associations à la problématique des transmigrants
- \* Regrouper des populations autour des personnes ou centres relais
- \* Créer un groupe/une association de transmigrants pour l’accompagnement
- \* Créer une association des transmigrants pour informer le secteur de la santé
- \* Négocier entre associations un protocole de prise en charge et d’orientation
- \* Développer un guide de prévention pour les médecins et autres professionnels
- \* Intégrer les hommes dans les projets

#### MACRO

- \* Rendre accessibles les soins de santé à tous
- \* Sensibiliser les centres de santé à la question des transmigrants
- \* Introduire la question de la violence sexuelle dans la formation du personnel de santé
- \* Organiser la formation continue des personnels médicaux sur le sujet
- \* Organiser des formations pour intervenants transmigrants
- \* Appuyer les initiatives qui viennent de la part des transmigrants
- \* Trouver des ressources financières, en personnel et en matériel à cette fin
- \* Pousser les ONG nationales et internationales à intégrer les transmigrants
- \* Pousser les ONG à collaborer avec les associations de transmigrants



## **9. ANNEXES**

### ***9.1.LETTRE D’INFORMATION 1***

### ***9.2.LETTRE D’INFORMATION 2***

## **CONTACTS**

**Ines Keygnaert**

**Seline van den Aemele**

**Jeroen Keygnaert**

**Prof. Marleen Temmerman**

PRH/ICRH/ Université de Gand

De Pintelaan 185 P3

9000 Gent

Tel: +32 (0)9/332.35.64

Fax: +32 (0)9/332.38.67

E-mail : [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)

[www.icrh.org](http://www.icrh.org)

**Dr. Altay A. Manço**

Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations

17 Rue Agimont, 4000 Liège

Tel : +32 (0)4/221.49.89

Fax : +32 (0)4/221.49.87

E-mail : [amanco@irfam.org](mailto:amanco@irfam.org)

[www.irfam.org](http://www.irfam.org)

**Prof. Dr. Abdessamad Dialmy**

Sociologue, Professeur Associé

Université Mohammed V

BP 1040, 3 Avenue Ibn Battouta

10 000 Rabat, Maroc

Tel : + 212 (0) 661.35.80.91

Fax : + 212 (0) 537.77.13.42

E-mail : [dialmy@menara.ma](mailto:dialmy@menara.ma)



## **La Violence Sexuelle et Trans-migrants Subsahariens au Maroc : Un partenariat participatif pour la prévention**



***Lettre d'information 1, Février 2009***  
***Gand, Liège, Rabat***

**Sous la direction d'Ines Keygnaert, Prof. Dr. Abdessamad Dialmy et Dr. Altay Manço**



**Partners In  
Reproductive  
Health**



‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention





‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention

## Sommaire

1. Introduction
2. Partenaires
3. Conseil communautaire
4. Echantillon et sites de l'enquête
5. Recrutement des chercheurs communautaires
6. Formation des chercheurs communautaires
7. Entretiens approfondis
8. La Suite
9. Contacts



### Coordination :

Partners in Reproductive Health asbl/ ICRH- Université de Gand - [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)  
Projet de Recherche avec le Soutien de la Loterie Nationale Belge, Créateur de Chances



## 1. INTRODUCTION

L’attention pour la violence contre les femmes et les adolescents, de même que pour la prévention, s’accroît mondialement. La recherche internationale montre que les jeunes réfugiés courent un plus grand risque d’être victimes de violence sexuelle. Bien que les femmes et les adolescents soient les plus vulnérables, les réfugiés de sexe masculin en sont également victimes. Il n’est toutefois pas évident que les instruments de prévention existants partout au monde répondent automatiquement aux besoins spécifiques des réfugiés, des clandestins et des trans-migrants.

Entre 2006 et 2008, grâce à un financement de la Communauté Européenne (Programme Daphne), Ines Keygnaert de l’ICRH de l’Université de Gand a coordonné le projet de recherche participative « La Violence Cachée est un Viol Silencieux » en Belgique, les Pays-Bas et la Grande-Bretagne. Ce projet de recherche a montré que dès leur arrivé au sol Européen, les réfugiés, les demandeurs d’asile et les clandestins sont très vulnérables pour des multiples formes de violence sexiste et pour la violence sexuelle en particulier. Des différents déterminants dans la vulnérabilité et dans la prévention sont montrés.

Aussi, grâce à un financement de la Loterie Nationale Belge, l’ICRH de l’Université de Gand et son asbl PRH, a-t-elle décidé de faire la même étude auprès de la même population au Maroc. Au sein de ce groupe, les femmes et les jeunes sont les plus vulnérables. Le choix du Maroc se justifie par le fait qu’il est devenu un lieu de transit migratoire entre l’Afrique subsaharienne et l’Europe.

Le projet a pour objectif de répondre de manière participative aux quatre questions suivantes :

- 4 Comment les trans-migrants subsahariens définissent-ils la santé sexuelle ?
- 5 Quelles sont les violences sexuelles que subissent les trans-migrants subsahariens dans certaines villes marocaines ?
- 6 Comment ces trans-migrants perçoivent-ils les facteurs de risque et de protection relatifs aux différentes formes de la violence sexuelle ?
- 7 Quels besoins ont-ils au niveau de la prévention et comment voient-ils leur propre rôle dans la prévention ?



Partant d’un point de vue écologique sur la prévention de la violence et la promotion de la santé sexuelle, le projet a adopté une méthode de recherche qualitative : celle de la « Community Based Participatory Research » (CBPR, Recherche communautaire participative)

La CBPR en santé publique se focalise sur les inégalités sociales, structurelles, physiques et environnementales. C’est une approche collaborative conçue pour assurer et établir des structures de participation pour les communautés affectées par le sujet étudié, les représentants des organismes intermédiaires et les chercheurs dans tous les aspects du processus de recherche. Un conseil communautaire doit réunir ces acteurs. Cette approche a pour but d’intégrer la connaissance accumulée avec les interventions et les modifications de la politique afin d’améliorer la santé et la qualité de vie de la communauté, y compris le changement social.

### Coordination :

Partners in Reproductive Health asbl/ ICRH- Université de Gand - [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)  
Projet de Recherche avec le Soutien de la Loterie Nationale Belge, Créateur de Chances



‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention

Dans une première phase, nous avons créé un partenariat participatif, constitué de partenaires scientifiques et communautaires. Des trans-migrants subsahariens, femmes et hommes, sont recherchés et formés pour collaborer en tant que « chercheurs communautaires ».

Dans une deuxième phase, ces chercheurs communautaires ont réalisé des entretiens approfondis. Les résultats sont en cours d’analyse et d’élaboration. Des publications scientifiques sont prévues, mais les rapports d’études établiront des recommandations relatives aux politiques publiques en la matière. Celles-ci seront valorisées et présentées lors de séminaires. Le projet a commencé en décembre 2007 et se terminera en juin 2009.

## **2. PARTENAIRES**

Le projet est réalisé dans le cadre d’un « partenariat participatif » qui a comme but d’établir un pont entre la recherche et les communautés bénéficiaires.

Un conseil scientifique belgo-marocain a été créé. Il se compose d’un coordinateur général belge (Ines Keygnaert/ Université de Gand/ICRH/PRH), d’un coordinateur national marocain avec son équipe sur place (Dr. Abdessamad Dialmy, professeur associé à l’Université Mohamed V Rabat), et d’un partenaire-expert belge (Dr. Altay Manço, IRFAM, Liège). Ce conseil scientifique agit en tant que « Commission d’Experts ».

### *PARTNERS IN REPRODUCTIVE HEALTH*

L’association belge « Partners in Reproductive Health » (PRH) est l’association sans but lucratif du Centre International de la Santé Reproductive (ICRH), fondé par Prof. Dr. Marleen Temmerman suite à la Conférence Internationale du Caire sur la Population et le Développement (CIPD). ICRH est un groupe de recherche interdisciplinaire dans le département de Uro-gynécologie à l’Université de Gand avec des centres satellites au Kenya et Mozambique et des multiples projets partout au monde. ICRH est reconnu en tant que centre collaborateur officiel de l’OMS pour tout ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive. ICRH a trois piliers : la recherche, l’éducation et des services. L’association PRH vise à améliorer la santé sexuelle et reproductive, comprise dans sa définition la plus large. Pour ce faire, PRH cherche à améliorer l’acceptabilité, l’accessibilité et la qualité des différents services qui favorisent la santé sexuelle et reproductive, et intègre à son analyse la défense de droits de l’homme.

PRH confie la coordination générale de ce projet à Ines Keygnaert, Chercheur à l’ICRH. Spécialisée en recherche participative avec des groupes vulnérables dans les domaines de santé publique et de santé des migrants, de citoyenneté, de questions interculturelles et de migration, sa recherche est ciblée sur les déterminants de la violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les demandeurs d’asile et les clandestins en Europe et dans le Voisinage Européen, et ceci en fonction de la « Prévention Souhaitable ».

### *INSTITUT DE RECHERCHE, FORMATION ET ACTION SUR LES MIGRATIONS*

L’Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations (IRFAM) est un organisme ressource créé par des intervenants de terrain et des chercheurs, au service des professionnels de l’action sociale, de l’éducation, etc. L’institut vise, par une approche multidisciplinaire, à construire des liens entre la recherche en psychologie et les interventions dans le domaine de l’intégration et du développement, ainsi que la lutte contre les discriminations. Les moyens de l’IRFAM sont la sensibilisation, la formation et l’accompagnement d’intervenants sociaux et de décideurs politiques, ainsi que la mise en œuvre de processus de recherche-développement et de publications sur les problématiques du développement socio-économique, de l’exclusion et de la gestion des conflits socioculturels.

Altay Manço est docteur en psychologie sociale de l’Université de Liège. Il a à son actif un grand nombre de travaux dans les domaines de la psychopédagogie de l’intégration sociale et de la psychosociologie de l’immigration, notamment turque. Depuis 1986, il intervient en tant que consultant auprès de nombreuses institutions et associations actives dans ces domaines, dans différents pays européens, ainsi, plus récemment, qu’au Canada. A. Manço est également collaborateur de l’Université de Paris V depuis 1998, ainsi que collaborateur de l’Université de Sherbrooke au Québec. Depuis 1996, il est le directeur scientifique de l’Institut de Recherche, de Formation et d’Action sur les Migrations (I.R.F.A.M.).



‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention



**PROF. DR. ABDESSAMAD DIALMY**

Prof. Dr. Abdessamad Dialmy, sociologue, est le coordinateur national du projet au Maroc. Il est professeur associé à l'Université Mohammed V de Rabat depuis 2006 après avoir enseigné 30 ans à l'Université de Fes. C'est là qu'il a fondé et dirigé le « Laboratoire Interdisciplinaire d'Études et de Recherches sur la Santé et la Population (l'IDESP) ». Prof. Dr. Dialmy a été à plusieurs reprises professeur- invité en Europe et aux États-Unis. Internationalement renommé pour ses recherches sur la sexualité, la santé (reproductive et sexuelle notamment), le genre et le féminisme, l'islam et l'islamisme, il est fréquemment sollicité en tant que consultant, par des organisations nationales et internationales comme l'USAID, l'UNICEF, l'OMS, le FNUAP, ... Il est membre de la « World Association Sexology » de l'Association AMADES (Anthropologie Médicale Appliquée au Développement et à la Santé) de la Société Internationale de Sociologie des Religions.

Le Conseil Scientifique a établi un « Conseil Communautaire » au Maroc avec des chercheurs communautaires, des subsaharien(ne)s, des associations, des ONG, des services, des décideurs politiques et des institutions.

Le Conseil Scientifique et le Conseil Communautaire forment le « Partenariat Participatif » qui veille à la réalisation du projet, à la diffusion des résultats et à la durabilité des actions en faveur des communautés bénéficiaires.

### **3. CONSEIL COMMUNAUTAIRE**

Lors des réunions préparatoires du Conseil Scientifique qui ont eu lieu à la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines de l'Université Mohamed V à Rabat, I. Keygnaert a présenté le cadre général et la méthode du projet. Prof. Dr. Dialmy a ensuite présenté le programme de la semaine du 7-11 janvier 2008 qu'il a préétabli durant le mois de décembre 2007 à la suite de ses différents contacts à Rabat. Ce programme consistait à rencontrer des associations représentant les trans-migrants et réfugiés subsahariens (Collectif des Réfugiés au Maroc/CRM et l'Association des Réfugiés et des Demandeurs d'Asile Congolais au Maroc/ARCOM), des associations de la société civile marocaine (Organisation Marocaine des Droits l'Homme/OMDH), des ONG internationales (Caritas et Médecins Sans Frontières/MSF), et le Bureau de l'UNHCR à Rabat.

Les objectifs de la rencontre avec ces différentes organisations étaient de les inviter à faire partie du Conseil Communautaire, d'obtenir leurs conseils et de partager des avis et expériences, prévu par le projet. A cette fin, I. Keygnaert a résumé le projet dans une présentation. Cette présentation explique les objectifs du projet, la méthode et les attentes du Conseil scientifique en matière de contribution potentielle des membres du Conseil Communautaire.

Par la suite, la liste des membres du conseil communautaire s'est élargie pour embrasser le Ministère Marocain de le Santé, l'Organisation Internationale de la Migration (Rabat), ABCDS (Oujda), AFVIC (Casablanca), l'Association Marocaine de Planification Familiale, COFESVIM (Rabat), Fondation Orient/Occident (Rabat), Organisation





‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention

Marocaine des Droits de l’Homme (OMDH), Association Marocaine des Droits de l’Homme (AMDH), OPALS (Rabat), Pasteur David Brown.



Selon ces différents interlocuteurs, la violence sexuelle contre et parmi les trans-migrants est un sujet pertinent. Les femmes nigérianes y seraient davantage exposées. Dans certains groupes de trans-migrants, des femmes auraient servi de « monnaie d’échange » ou de « laisser-passer » à la frontière algéro-marocaine.

Mais la violence ne provient pas seulement de l’extérieur des groupes subsahariens, elle se produit également à l’intérieur. De plus en plus de femmes subsahariennes arrivent au Maroc, sans moyens ni qualifications, et qui deviennent rapidement objet de violence sexuelle, notamment sous forme de prostitution. Les violences sexuelles toucheraient également les hommes. L’équipe du HCR notamment a souligné l’importance de ce projet de recherche eu égard au manque de données sur le thème des violences sexuelles. L’établissement de données scientifiques facilitera au HCR la tâche d’adapter ses interventions dans ce domaine. La méthode prônée par le projet a été saluée par le HCR vu qu’elle se base sur la participation active de la population cible.

Le HCR s’est engagé à participer au Conseil Communautaire et à informer ses « ressortissants » de notre projet afin de les sensibiliser à postuler pour devenir des chercheurs communautaires.

Les différents membres des organisations contactées ont proposé les villes d’Oujda, Rabat, Casablanca et Tanger comme sites de l’étude. De son côté, Laayoune est un lieu important pour les subsahariens qui ont le projet de prendre un bateau vers les îles Canaries, mais c’est surtout un lieu de passage.

#### **4. ECHANTILLON ET SITES DE L’ENQUETE**

Le Conseil Scientifique a respecté cette proposition et a décidé d’y réaliser 160 entretiens par 8 chercheurs communautaires, 2 dans chaque ville. L’échantillon se composerait de 60% de femmes et de 40% d’hommes, les femmes étant généralement davantage victimes de violences sexuelles et sexistes. Le Conseil Scientifique s’est proposé de réaliser 50 entretiens à Oujda et 50 à Rabat, 30 Casablanca et 30 à Tanger. Un certain nombre d’interviews seraient réalisées avec des trans-migrants anglophones. La réalisation des entretiens dans les différents sites se ferait à la même période par les chercheurs communautaires. Ceux-ci seraient choisis dans les quatre villes en question. La commission des experts a prévu l’éventualité d’augmenter le nombre des chercheurs communautaires, notamment pour pouvoir interviewer plus de subsaharien(ne)s anglophones.



‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention



## RECRUTEMENT DES CHERCHEURS COMMUNAUTAIRES

Grâce au HCR, à Caritas et au Collectif des Réfugiés au Maroc, dr. Dialmy et son équipe ont pu auditionner 25 candidats aux 8 postes de chercheurs communautaires initialement prévus. Les auditions se sont déroulées les 19, 20 et 21 avril 2008 à la Faculté des Sciences de l'Education (à Rabat).

L'évaluation des candidats s'est faite sur la base de critères précis proposés par Ines Keygnaert et Dr. Altay Manço. Parmi ces critères les capacités:

Du point de vue technique :

- de lecture et d'écriture
- d'écoute active
- de compréhension des enjeux de la recherche proposée
- d'analyse
- de transmission d'informations claires et « brutes », non interprétées
- Connaissance approfondie du français et/ou de l'anglais
- Systématisme et précision dans l'exécution du travail

Du point de vue humain, les capacités :

- A ne pas juger les comportements et opinions d'autrui, même éloignés des attitudes personnelles
- à faire la part des choses : reconnaître les difficultés, montrer les manques, mais apprécier aussi des circonstances explicatives, atténuantes
- de honnêteté avec les engagements, les données, les personnes, ponctualité avec les échéances, le sérieux, à respecter
- Sens de la solidarité envers les personnes en difficulté

Par ailleurs, les candidats devaient avoir une expérience « sociale » : expérience de formation et/ou de travail en sciences sociales appliquées, enseignement, animation, aide sociale, travail associatif, etc.

Les résultats de l'audition ont été transmis par Prof. Dialmy à ses collègues belges. Et d'un commun accord, les trois membres du Conseil Scientifique ont décidé de recruter 12 chercheurs communautaires (8 femmes et 4 hommes, 4 à Oujda, 3 à Rabat, 3 à Tanger 2 à Casablanca).

## 5. FORMATION DES CHERCHEURS COMMUNAUTAIRES

Les Chercheurs Communautaires ont bénéficié d'une formation organisée par le Conseil Scientifique avec la participation de plusieurs membres du Conseil Communautaire. La durée de la formation a été de 30 heures. Elle a eu lieu du 16 au 20 juin 2008 dans les locaux de l'Association Marocaine de Planification Familiale à Rabat. Elle a porté sur les thèmes suivants : la migration et le trafic des êtres humains en relation avec les droits humains, le genre, la santé sexuelle et reproductive, la violence sexuelle et sexiste, la communication interculturelle, les méthodes qualitatives de recherche appliquées.





‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention

La formation a été faite selon le programme suivant :

**Jour 1 : Lundi, 16 juin 2008**

8h30-9h15 : Accueil et inscription

9h15-11h00 : Module 1 : Introduction au projet

- Jeu de première rencontre « identité-respect » (Ines Keygnaert, PRH/ ICRH-Université de Gand)
- « CORDES », Attentes et craintes (Dina Sensi, IRFAM)
- Introduction au projet et à la formation (Abdessamad Dialmy, Rabat)

11h00-11h20 : Pause

11h20-13h00 : Module 2 : Droits humains : La santé sexuelle et reproductive (Dr. Anaplec Kalonji, OPALS)

13h00-14h30 : Lunch

14h30-16h00 : Module 2 : Droits humains et Droits des réfugiés (Anne Triboulet, UNHCR)

16h00-16h20 : Pause

16h20-18h20 : Module 3 : Le genre

- La notion de genre (Abdessamad Dialmy)
- Exercice ethnographique de genre (Ines Keygnaert)

18h20-18h30 : Evaluation jour 1 (Altay Manço)

**Jour 2 : Mardi, 17 juin 2008**

9h00-9h15 : Accueil et inscription

9h15-11h00 : Module 4 : La violence

- La violence de genre et La violence sexuelle (Ines Keygnaert)

11h00-11h20 : Pause

11h20-13h00 : Module 4 : La violence

- Traite et trafic des êtres humains : phénomènes, victimes et approche de l'OIM (Laura Lungarotti, OIM)
- Exercice ethnographique de la violence (Ines Keygnaert)

13h00-14h30 : Lunch

14h30-16h30 : Module 5 : Psychoéducation et diversité

- Communication interculturelle verbale et non verbale dans la recherche sur la violence (Dina Sensi)

16h30-16h40 : Pause

16h20-18h20 : Module 5 : Psychoéducation et diversité

- Communication interculturelle verbale et non verbale dans la recherche sur la violence (Dina Sensi)

18h20-18h30 : Evaluation jour 2 (Altay Manço)

**Jour 3 : Mercredi, 18 juin 2008**

9h00-9h15 : Accueil et inscription

9h15-11h00 : Module 6 : La Recherche participative

- Principes de la recherche participative (CBPR) (Ines Keygnaert)
- La technique de l'échantillon auto sélectionné (RDS) (Ines Keygnaert)
- Formulaire de consentement (Ines Keygnaert)

11h00-11h20 : Pause

11h20-13h00 : Module 7 : Guide d'entretien et questionnaire

- Introduction au guide d'entretien/questionnaire et son adaptation culturelle et linguistique (Ines Keygnaert et Abdessamad Dialmy)

13h00-14h30 : Lunch

14h30-16h30 : Module 8 : Psychoéducation et approche de la violence

**Coordination :**

Partners in Reproductive Health asbl/ ICRH- Université de Gand - [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)  
Projet de Recherche avec le Soutien de la Loterie Nationale Belge, Créateur de Chances



‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention

- Rechercher la violence : comment agir et réagir (Altay Manço)

16h30-16h40 : Pause

16h40-18h00 : Module 8 : Psychoéducation et approche de la violence

- Rechercher la violence : comment agir et réagir (Altay Manço)

18h20-18h30 : Evaluation jour 3 (Dina Sensi)

**Jour 4 : Jeudi, 19 juin 2008**

9h00-9h15 : Accueil et inscription

9h15-11h00 : Module 9 : Techniques de l’entretien approfondi

- La technique de l’entretien approfondi : comment interroger (Abdessamad Dialmy)
- Prise de notes et usage des dictaphones (Seline Van den Aemele, Université de Gand)

11h00-11h20 : Pause

11h20-13h00 : Module 9 : Techniques de l’entretien approfondi

- Exercices d’entretiens dans le groupe (Abdessamad Dialmy, Bouchra Qmichou, Ines Keygnaert, Altay Manço, Seline Van den Aemele)

13h00-14h30 : Lunch

14h30-17h00 : Module 9 : Techniques de l’entretien approfondi

- Evaluation des exercices dans le groupe (Ines Keygnaert)
- Exercices d’entretiens avec des personnes inconnues (Abdessamad Dialmy, Bouchra Qmichou, Ines Keygnaert, Altay Manço, Seline Van den Aemele)

17h00-17h20 : Pause

17h20-18h30 : Module 9 : Techniques de l’entretien approfondi

- Evaluation des exercices avec des personnes inconnues (Ines Keygnaert et Abdessamad Dialmy)

**Jour 5 : Vendredi, 20 juin 2008**

9h00-9h15 : Accueil et inscription

9h15-11h30 : Module 10 : Entretien approfondi sur le terrain

- Exercices d’entretiens sur le terrain (Abdessamad Dialmy, Ines Keygnaert, Seline Van den Aemele)

11h30-11h50 : Pause

11h50-13h00 : Module 10 : Entretien approfondi sur le terrain

- Evaluation (Ines Keygnaert et Abdessamad Dialmy)

13h00-14h30 : Lunch

14h30-16h00 : Module 11 : Administration et planning

- Administration et règlements financiers (Abdessamad Dialmy)
- Planning, accords (Abdessamad Dialmy)

16h00-17h30 : Réception

## 6. ENTRETIENS APPROFONDIS

Entre juillet et septembre 2008, les chercheurs communautaires ont effectués 155 entretiens. Les villes dans lesquelles les enquêtes ont été effectuées sont Rabat, Casablanca, Tanger et Fès. La ville d’Oujda a dû être remplacée par Fès pour des questions de sécurité relative aux chercheurs communautaires qui y résidaient.

Les transcriptions de ces entretiens ont été faites en Belgique et au Maroc. Elle s’est terminée vers mi-novembre 2008. Les chercheurs se sont équipés d’un logiciel d’analyse pour encoder et traiter les données (Nvivo8).

Par ailleurs, Seline Van den Aemele, étudiante en deuxième masters en médecine auprès de l’ICRH a mené l’étude conjointe qui a pour but d’examiner le rôle et la position de différents acteurs dans le domaine de la santé dans la prévention de la violence sexuelle contre et parmi les trans-migrants subsahariens au Maroc. En juillet 2008, 24



‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention

entretiens avec des professionnels de santé à Rabat, Casablanca et Fes ont été réalisés (20 entretiens semi-structurés, 4 questionnaires écrits).



Le profil de ces professionnels varie largement : médecins, coordinateurs des différentes associations nationales et internationales avec expérience dans le domaine de la santé, intervenants et agents de proximité, pasteurs, étudiants, infirmiers, assistantes sociales, ... Ces personnes sont originaires du Maroc, de l'Afrique subsaharienne et de l'Europe. La plupart travaillent dans le secteur associatif.

Cette 'étude vise à décrire le rôle, les possibilités et les limites du secteur de la santé au Maroc, en matière de prévention de la violence sexuelle contre et parmi les trans-migrants. L'étude envisage également d'examiner la position des professionnels de la santé envers la méthodologie de prévention de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et ses 3 niveaux : agir avant que la violence se produise ; identifier les victimes cachées ; et traiter les conséquences de la violence). L'enjeu est de confronter la situation de la prévention au Maroc avec les critères d'une « prévention souhaitable ».

Actuellement, le traitement des entretiens est en cours. Après l'examen des résultats en collaboration avec le Conseil Communautaire, des recommandations seront proposées au gouvernement et aux professionnels afin optimiser leur rôle dans la prévention.

## 7. LA SUITE

Le Conseil Scientifique s'est réuni à Gand en décembre 2008. Il a décidé des tâches à venir :

- finir l'encodage (février 2009)
- effectuer l'analyse (mars-avril 2009)
- rédiger le rapport préliminaire (avril 2009)
- organiser un séminaire à Rabat : présentation et discussion du rapport préliminaire avec le conseil communautaire (6 mai 2009)



‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention

Lors de ce séminaire, les membres du Conseil Scientifique et les chercheurs communautaires pourront réagir au rapport proposé par les experts afin de le nuancer, le préciser, l’amender et de le valider. Des recommandations seront également dégagées collectivement. Des travaux en atelier seront organisés, ainsi qu’une table ronde afin de recueillir tous les avis. Les personnes qui le souhaitent pourront également réagir par écrit. Les thématiques principales de la rencontre seront précisées en fonction des résultats et des objectifs du projet

- Finalisation du rapport de recherche (été 2009) Ce rapport final comprendra les parties suivantes :
  - Introduction générale
  - Problématique et concepts
  - Méthodologie
  - Résultats :
    - o Données sociodémographiques
    - o Santé sexuelle
    - o Violences
    - o Prévention
  - Données issues du conseil communautaire
  - Stratégie de formation
  - Témoignages et réactions des chercheurs communautaires
  - Conclusions et recommandations
  - Bibliographie
  - Annexes

Enfin, vers la fin 2009, ce rapport sera à l’origine d’une série d’articles scientifiques en anglais et en français destinés à des revues spécialisées, ainsi qu’un ouvrage global en français destiné à un public plus large de professionnels. Un séminaire en Belgique sera également organisé en automne 2009 pour diffuser les résultats et les recommandations.

Une politique de communication commune a été également décidée lors de la réunion à Gand.

Ainsi, l’ICRH publie de brefs résumés présentant la recherche sur son site ([www.icrh.org](http://www.icrh.org)). La même information sera relayée par l’autre partenaire belge également. La remise du prix scientifique « Prix De Beys » à l’ICRH a été l’occasion de présenter brièvement notre projet à deux reprises devant un parterre de responsables belges, dont la Princesse Astrid. Il en résulte que certains décideurs souhaitent que l’on communique les résultats et les recommandations précises à l’égard du gouvernement en ce qui concerne la matière de notre projet.

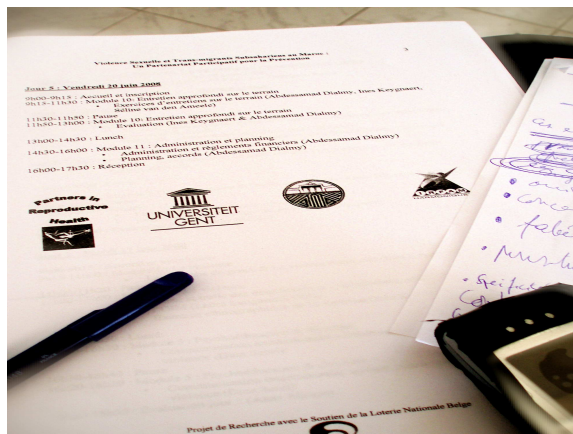
Afin de présenter l’évolution de la recherche de manière plus approfondie et d’échanger avec le Conseil Communautaire, dont les Chercheurs Communautaires, il est décidé de composer des « Lettres d’information ». Celle-ci est la première. Une deuxième Lettre d’information sera lancée après le séminaire et le conseil communautaire au Maroc. Une troisième après le séminaire en Belgique de Bruxelles. Finalement, en mi-2010 nous vous enverrons une Lettre d’information pour annoncer les publications et –espérons- une suite de ce projet.



‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention



‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention



## 8. CONTACTS

### Ines Keygnaert

PRH/ICRH/ Université de Gand

De Pintelaan 185 P3

9000 Gent

Tel: +32 (0)9/332.35.64

Fax: +32 (0)9/332.38.67

E-mail : [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)

[www.icrh.org](http://www.icrh.org)

### Dr. Altay A. Manço

Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations

17 Rue Agimont, 4000 Liège

Tel : +32 (0)4/221.49.89

Fax : +32 (0)4/221.49.87

E-mail : [amanco@irfam.org](mailto:amanco@irfam.org)

[www.irfam.org](http://www.irfam.org)

### Prof. Dr. Abdessamad Dialmy

Sociologue, Professeur Associé

Université Mohammed V

BP 1040, 3 Avenue Ibn Battouta

10 000 Rabat, Maroc

Tel : + 212 (0) 661.35.80.91

Fax : + 212 (0) 537.77.13.42

E-mail : [dialmy@menara.ma](mailto:dialmy@menara.ma)

Photos : Dr. Altay Manço

### Coordination :

Partners in Reproductive Health asbl/ ICRH- Université de Gand - [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)  
Projet de Recherche avec le Soutien de la Loterie Nationale Belge, Créateur de Chances





# **La Violence Sexuelle et Trans-migrants Subsahariens au Maroc :**

## **Un partenariat participatif pour la prévention**



### **Lettre d’information n° 2, juin 2009**

### **Gand, Liège, Rabat**

Sous la direction  
d’Ines Keygnaert, Seline van den Ameele, Abdessamad Dialmy et Altay Manço



Partners in Reproductive Health asbl/ ICRH- Université de Gand - [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)  
Projet de Recherche avec le Soutien de la Loterie Nationale Belge, Créateur de Chances



**Coordination :**

Partners in Reproductive Health asbl/ ICRH- Université de Gand - [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)  
Projet de Recherche avec le Soutien de la Loterie Nationale Belge, Créateur de Chances



## Sommaire

*Edito*

*Programme du séminaire*

*Résumé des résultats*

*Synthèse des débats*

*Liste des recommandations*

*Perspectives*

*Contacts*



**Coordination :**

Partners in Reproductive Health asbl/ ICRH- Université de Gand - [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)  
Projet de Recherche avec le Soutien de la Loterie Nationale Belge, Créateur de Chances



## EDITO

Cette deuxième lettre d’information du projet « Violence Sexuelle et Trans-migrants Subsahariens au Maroc » est entièrement consacrée au séminaire de présentation des résultats préliminaires des enquêtes réalisées.

Le séminaire s’est tenu le 6 mai 2009 de 8 h. 30 à 18 h. dans la salle des conférences de la Faculté des Sciences de l’Education de l’Université Mohamed V Souissi sous l’égide de :

- La Faculté des Sciences de l’Education de l’Université Mohamed V Souissi (Maroc)
- Partners in Reproductive Health & International Centre for Reproductive Health (Université de Gand, Belgique)
- L’Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations (Liège, Belgique)

Le comité d’organisation de l’événement était composé de :

- Pr. Larbi Benlafkih (FSE, Université Mohamed V Souissi, Rabat)
- Ines Keygnaert et Seline van den Aemele (PRH-ICRH, Université de Gand)
- Dr. Altay Manço (IRFAM, Liège)
- Pr. Abdessamad Dialmy (Associé à l’Université Mohamed V, Rabat)

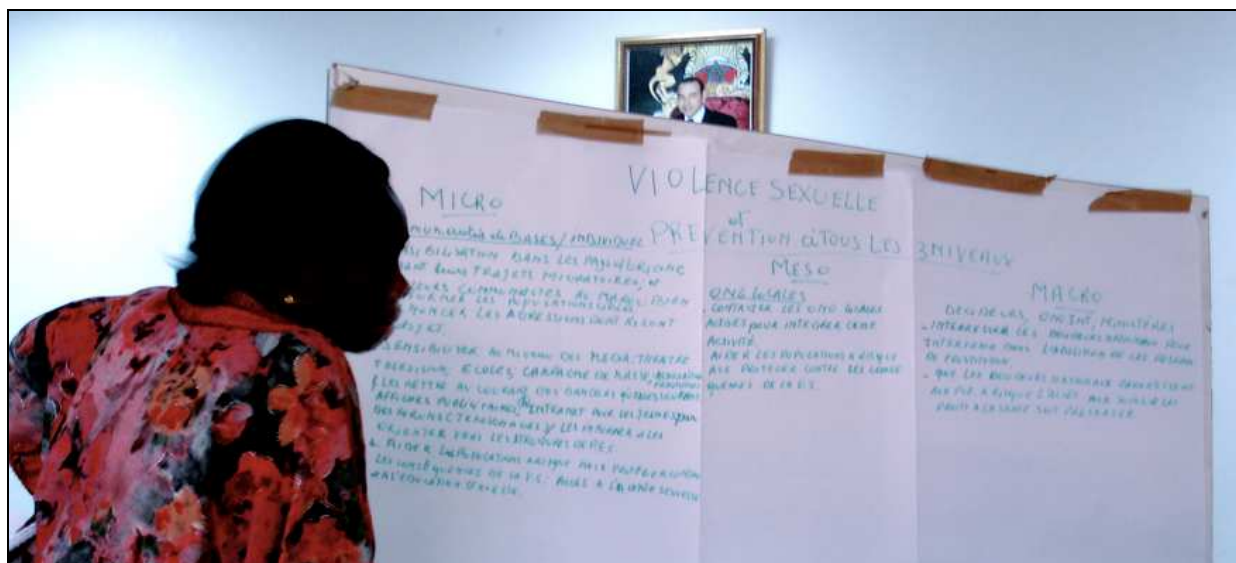
Dans cette lettre d’information, nous avons le plaisir de vous proposer le programme de la rencontre, le résumé des résultats, la synthèse des discussions et le résumé des recommandations principales issues de nos travaux du séminaire. Enfin, l’ensemble est illustré par des photos de la journée.

Plus de quarante personnes ont participé au séminaire. Outre les équipes partenaires, les dix chercheurs communautaires, les représentants de treize organismes et associations du conseil communautaire, ainsi que plusieurs étudiants universitaires sont venus partager et enrichir nos réflexions.

La prise de notes a été assurée par Mesdames Seline van den Aemele, Bouchra Qmichou et Naima Ezzine.

*Bonne lecture !*





## PROGRAMME DU SEMINAIRE

### VIOLENCE SEXUELLE ET TRANS-MIGRANTS SUBSAHARIENS AU MAROC

#### Séminaire

#### PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS PRELIMINAIRES

Faculté des Sciences de l'Education (FSE)

Rabat, 6 mai 2009

**9 h. - 9 h. 05 : Allocution d'ouverture par le Pr. Abdeslam El Ouazzani, Doyen FSE, Université Mohamed V Souissi, Rabat**

**9 h. 05 – 10 h. 30 : Première Séance**

**Président : Pr. Larbi Benlefkhi, Vice-Doyen FSE, Université Mohamed V Souissi**

**Rapporteur : Naima Ezzine, Psychologue, Centre de rééducation, Rabat**

9 h. 05 – 9 h. 30 :

- Introduction au projet par Pr. A. Dialmy, Associé à l'Université Mohamed V, Rabat
- Etat du projet par Dr. Altay Manço, IRFAM, Liège

9 h. 30 – 10 h. Méthodologie et résultats de l'étude auprès des trans-migrants subsahariens par Ines Keygnaert, PRH-ICRH, Université de Gand et Marie-Noëlle Nzeza, CC, RDC

10 h. – 10 h. 30 : Méthodologie et résultats de l'étude auprès des professionnels de santé par Seline van den Ameel, ICRH, Université de Gand

#### Coordination :

Partners in Reproductive Health asbl/ ICRH- Université de Gand - [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)  
Projet de Recherche avec le Soutien de la Loterie Nationale Belge, Créateur de Chances



**11 h. – 13 h. Deuxième séance**

**Président : Dr/Méd. Abdelouaheb Zerrari, Directeur de la Population, Ministère de la Santé, Maroc**

**Rapporteur : Bouchra Qmichou, Sociologue, Université Mohamed V**

Discussion de la méthodologie et des résultats

**14 h. – 16 h. Ateliers**

**Superviseur : Dr. Altay Manço**

Atelier 1 : Santé sexuelle et prévention

Animateur : Abdessamad Dialmy

Rapporteur : Chantal Gnahoua (CC, RDC)

Atelier 2 : Violence sexuelle et prévention par les acteurs non-médicaux

Animateur : Ines Keygnaert

Rapporteur : Eveline Lutete (Dr. en médecine, RDC)

Atelier 3 : Le rôle du secteur de la santé dans la prévention de la violence sexuelle

Animateur : Seline van den Ameele

Rapporteur : Colette Bafuka (CC, RDC)

**16 h. 30 – 18 h. 15 : Troisième séance**

**Président : Dr. Johannes van der Klaauw (UNHCR Maroc)**

**Rapporteur : Alima Rachidi (CC, RDC)**

16 h. 30 – 17 h. 30 : Présentation des travaux en atelier

17 h. 30 – 18 h. : Débat, conclusions et recommandations

18 h. – 18 h. 10 : Synthèse et clôture

## RESUME DES RESULTATS

### Introduction

L'attention pour la violence contre les femmes et les adolescents, de même que pour la prévention, s'accroît mondialement. La recherche internationale montre que les jeunes réfugiés courent un plus grand risque d'être victimes de violence sexuelle. Bien que les femmes et les adolescents soient les plus vulnérables, les réfugiés de sexe masculin en sont également victimes. Il n'est toutefois pas évident que les instruments de prévention existants partout au monde répondent automatiquement aux besoins spécifiques des réfugiés, des clandestins et des transmigrants.

Dans ce contexte, un projet de recherche et d'étude sur la violence sexuelle des transmigrants, notamment les transmigrants subsahariens au Maroc, s'imposait. Grâce à un financement de la Loterie Nationale Belge, ce projet a pu être réalisé dans le cadre d'un « partenariat participatif »





qui a pour objectif d’établir un pont entre la recherche et les communautés bénéficiaires. Le projet a commencé en décembre 2007 et s’est terminé en juin 2009.

De manière participative, le projet répondait aux cinq questions suivantes :

- *Comment les transmigrants subsahariens définissent la santé sexuelle ?*
- *Quelles sont les violences sexuelles que les transmigrants subsahariens subissent dans certaines villes marocaines ?*
- *Comment ces transmigrants perçoivent les facteurs de risque et de protection relatifs aux différentes formes de violence sexuelle ?*
- *Quels sont leurs besoins en matière de prévention et comment considèrent-ils leur propre rôle dans la prévention ?*
- *Quel est le rôle et la position des acteurs du secteur de la santé dans la prévention de la violence sexuelle contre et parmi les transmigrants subsahariens au Maroc ?*



Le projet était composé de deux volets complémentaires: d’une part, une étude participative sur la violence contre et parmi les transmigrants subsahariens au Maroc, et d’autre part, une autre étude sur le rôle du secteur de la santé dans la prévention de la violence au Maroc. Afin de pouvoir interpréter, nuancer, préciser et valider les résultats préliminaires, et afin d’établir des recommandations générales de prévention avec le Conseil Communautaire, les données préliminaires ont été présentées et discutées lors d’un Séminaire tenu le 6 mai en présence d’une cinquantaine de participants, à la Faculté des Sciences de l’Education de l’Université Mohamed V à Rabat. Nous vous proposons les résumés des deux parties du rapport préliminaire « La Violence Sexuelle et Trans-migrants Subsahariens au Maroc : Un partenariat participatif pour la prévention » comme présenté lors du Séminaire :

1. LA VIOLENCE SEXUELLE CONTRE ET PARMI LES TRANS-MIGRANTS SUBSAHARIENS AU MAROC, Analyse et résumé fait par Ines Keygnaert, PRH/ICRH- Université de Gand.
2. ROLE ET POSITION DU SECTEUR DE LA SANTE DANS LA PREVENTION DE LA VIOLENCE SEXUELLE CONTRE ET PARMI LES TRANS-MIGRANTS AU MAROC : UNE ETUDE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTE, Analyse et résumé par Seline van den Ameele, PRH/ICRH-Université de Gand.





‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention



**Coordination :**

Partners in Reproductive Health asbl/ ICRH- Université de Gand - [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)  
Projet de Recherche avec le Soutien de la Loterie Nationale Belge, Créateur de Chances



## **1. LA VIOLENCE SEXUELLE CONTRE ET PARMI LES TRANS-MIGRANTS SUBSAHARIENS AU MAROC. Analyse et résumé fait par Ines Keygnaert, ICRH/PRH- Université de Gand, Belgique.**

### **Profil sociodémographique des interviewé(e)s:**

Des 154 interviewés, un bon tiers était des femmes et deux tiers étaient des hommes. En ce qui concerne l'âge, deux tiers des interviewés avaient un âge inférieur à 30 ans. Une très grande majorité (84%) n'était pas en couple (célibataire, divorcé ou veuf). Un tiers des interviewés provenaient de la République Démocratique du Congo, 16% du Cameroun, 10% du Congo Brazzaville, 10 % provenaient de la Côte d'Ivoire, et 8 % du Mali. Les autres interviewés, moins que 8 par pays, provenaient des pays suivants : Angola, Bénin, Burkina Faso, Afrique Centrale, Congo, Gabon, Guinée, Niger, Nigeria, Rwanda, Sénégal, Tchad et Togo. Presque tous les interviewés se disaient croyants. Entre eux 74% sont chrétien (catholique, protestant ou pas spécifié) et 21 % musulman. 2 Interviewés se disaient non-croyants.

Lorsqu'on regarde leur situation au Maroc, nous voyons que la majorité des trans-migrants sont arrivés assez récemment : en 2004 (23%), en 2005 (25%), et en 2006 (19%). Seulement 10,5% étaient au Maroc depuis plus que 5 ans. Au moment de l'entretien, 64% des interviewés vivaient dans une chambre, 17% dans un studio, 12% dans un appartement ou une maison. 9% vivaient dans une cabane en ville, la forêt, une tente, ou étaient sans abris. Pour 96 interviewés leur habitation mesurait moins que 7 m<sup>2</sup>. Deux tiers des interviewés vivaient sans enfant mais avec plus que 3 adultes dans ce logement. A ce qui concerne les sanitaires, un peu plus que la moitié des interviewés ont une combinaison toilette et douche ou un salle de bain dans leur logement, 29% ont seulement une toilette, 11% n'ont pas des sanitaires, des sanitaires primitifs, une toilette collective ou un trou.

Une grande majorité des interviewés sont bien éduqués: 58 interviewés (38%) ont suivi des études supérieures et 44% ont fini l'école secondaire. Seulement 16% a suivi uniquement l'école primaire ou n'a pas été à l'école. Plus que quatre vingt pourcent des interviewés disaient de parler, lire et écrire couramment le français. Un peu plus que la moitié des interviewés parlaient, lisaient et écrivaient couramment leur langue maternelle. Seulement 3,2% parlaient l'arabe couramment. Dans leur pays d'origine, 43% recevaient un salaire (régulier ou occasionnel) ou étaient travailleur indépendant. La moitié des interviewés n'avaient pas d'emploi salarié. Entre eux la majorité était étudiant : 41% du total des interviewés. Lorsqu'on regarde leurs activités quotidiennes au pays d'accueil, nous voyons que 90% n'ont pas d'emploi salarié : entre eux 30% étaient demandeur d'emploi et 35% sans activité par un manque de papiers.

### **Santé sexuelle**

Premièrement, nous nous sommes informés sur leur cadre de référence dans les pays d'origine. Pour 65% des sources d'information sur la santé sexuelle dans les pays d'origine proviennent des médias, suivi par l'entourage (49%), les instituts gouvernementaux (25%) et le secteur médical (19%).

Deux tiers des interviewés relataient la santé sexuelle à une vie sexuelle saine et satisfaisante, 58% tiers trouvait que si le bien-être général d'une personne est décisif pour l'état de sa santé sexuelle. Un 20% relatait la santé sexuelle à une approche respectueuse dans les relations



sexuelles ou au planning familiale et à la fertilité. La majorité des interviewés répondaient que cette définition était pareille pour des hommes, des femmes et des jeunes. Les interviewés sont d'accord qu'une personne est responsable pour sa propre santé sexuelle. En tant que facteurs externes ils voient surtout l'information, le réseau social, des facteurs socioéconomiques et l'environnement en ayant un impact sur la santé sexuelle.

## **La violence**

Arrivé à la partie sur la violence, nous avons demandé aux répondants s'ils connaissaient des proches à eux (également trans migrant réfugié, demandeur d'asile ou migrants irréguliers) qui ont été victime pendant leur trajet migratoire (depuis leur départ des pays d'origine jusqu'au moment de l'entretien au Maroc). Cette question permettait aux répondants de répondre dans la troisième personne si souhaitée et donnait une chance à nous pour identifier s'ils connaissaient des autres victimes.

En total 138 des 153 interviewés (89,61%) ont rapporté 230 cas de violence distincts, subis par une seule victime ou par plusieurs victimes par cas. Ces 230 cas se composent de 548 actes de violence différents.

Dans 246 actes, il s'agit de la violence sexuelle: les interviewés ont évoquées 142 actes de viol (111 multiple ou collectif), 46 actes d'abus sexuel, 33 actes de harcèlement sexuel, 24 actes d'exploitation sexuelle et 2 actes de torture sexuel. Dans 122 actes il s'agit de la violence physique, 101 actes de violence étaient de forme affective-psychologique et il y a également 79 actes de violence socio-économique qui ont été commis.

L'interviewé était la victime dans 79 des cas. Dans la majorité de ces cas (50) ils n'étaient pas violentés seul, mais ensemble avec des co-migrants. Dans les autres cas, les victimes étaient des proches parents comme des proches connaissances (76), ami(e)(s), de la famille (5), ou le guide des victimes. Dans 2 cas l'interviewé a décrit soi-même en tant que co-agresseur. Dans 186 cas les victimes étaient des femmes, mais il y avait également 102 cas dans lequel des hommes ont été violentés. L'origine des victimes la plus décrite était la République Démocratique du Congo, mais aussi Cameroun, Nigeria, Côte d'Ivoire et Congo Brazzaville. Dans la majorité des cas (153) les victimes étaient des groupes d'origine mixte ou l'origine n'était pas spécifiée. L'âge des victimes n'était pas souvent spécifié par les interviewés, par contre ils ont souvent décrits les victimes comme « jeune », « fille » ou « garçon ».

L'agresseur a été spécifié comme masculin dans 94 des cas et comme féminin dans 5 cas. Quant à l'origine des agresseurs, le plus souvent ils ont été identifiés comme des Marocains, puis les Nigériens et des Algériens et finalement des Subsahariens. Les agresseurs se trouvaient fréquemment dans une position de pouvoir au moment de la violence : ils étaient spécifiés comme étant de la police, du gendarme ou d'un militaire ou bien d'un « guide, chauffeur ou passeur » ou « chairman ».

La plus grande partie de la violence (132 cas) a eu lieu au Maroc et à ses frontières. Oujda, Rabat et Casablanca sont les villes marocaines les plus citées. Par outre, la frontière entre Algérie et Maroc, l'Algérie, Tamanrasset et le désert-la frontière entre Mali et Algérie étaient les descriptions les plus fréquentes des lieux hors du Maroc.



Posant des questions aux interviewés sur ce qu’eux ils voient comment facteurs ayant une influence sur la vulnérabilité ou d’augmenter le risque de devenir victime de violence, les interviewés ont surtout identifiés des risques liés à l’environnement physique, suivi par (en ordre dégressif) le capital social (réseau social et d’information), le titre de séjour, des problèmes socioéconomiques et des facteurs bio-psychosociaux. Une minorité indiquait que les facteurs culturels et la coïncidence étaient également importants.

## **Prévention**

Les interviewés ont décrits des facteurs de prévention qui peuvent être catégorisés sur trois niveaux : le niveau individuelle (ils voient surtout des facteurs bio-psychosociaux, le capital social et des problèmes économiques), le niveau interrelationnel (capital social, l’environnement physique et l’accès au services et à la santé), le niveau sociétal (capital social, titre de séjour, l’environnement physique et problèmes économiques)

## **Conclusion**

Les résultats montrent que dès leur départ de leur pays d’origine jusqu’à l’arrivée au Maroc, les trans-migrants subsahariens sont très vulnérables à la violence, en général, et à la violence sexuelle, en particulier. La prévention s’avère nécessaire pour les plus jeunes. Si les femmes sont plus vulnérables, les hommes sont également victimes, et doivent être également compris dans les dispositifs de prévention. Les zones frontalières doivent être considérées comme des lieux de prévention prioritaires. Finalement, les interventions et les actions de prévention sont d’une urgence extrême et devraient concerner tant des niveaux micro que méso et macro. Ces efforts doivent en plus être coordonnés et se baser sur une approche multidisciplinaire.

## **2. ROLE ET POSITION DU SECTEUR DE LA SANTE DANS LA PREVENTION DE LA VIOLENCE SEXUELLE CONTRE ET PARMI LES TRANS-MIGRANTS AU MAROC : UNE ETUDE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTE. Analyse et résumé fait par Seline van den Aemele, ICRH- Université de Gand, Belgique.**

L’étude résumée a pour but d’examiner le rôle et la position des acteurs du secteur de santé dans la prévention de la violence sexuelle contre et parmi les trans-migrants subsahariens au Maroc.

Interroger les professionnels de santé (qui prennent en charge des trans-migrants) est un acte qui permet d’évaluer leurs besoins en matière de violence sexuelle, et ceci, à partir d’une identification des connaissances, des attitudes (à l’égard des victimes) et des pratiques. L’étude examine ce que les professionnels de santé au Maroc considèrent comme leur responsabilité dans la prévention de la violence sexuelle contre et parmi des trans-migrants et quels sont leurs besoins pour aborder cette problématique ? Dans ce cadre, leurs attitudes générales de prévention en santé publique sont questionnées, ainsi que le niveau où ils se positionnent dans cette démarche.

Ainsi, l’étude vise à décrire le rôle, les possibilités et les limites du secteur de santé marocain, aux niveaux locaux et nationaux, dans la prévention de la violence sexuelle contre et parmi les trans-migrants. Des recommandations sont proposées pour optimiser ce rôle.



Les actions nécessaires pour une prévention complète sur trois niveaux (primaire, secondaire et tertiaire) sont les plus efficaces quand elles sont réalisées d’une façon multidisciplinaire. Ainsi, les recommandations de l’étude sont adressées à l’ensemble des professionnels de la santé. Elles sont élaborées selon les résultats et s’inspirent des recommandations de l’UNHCR et UNFPA. Ces actions tiennent également compte des résultats du séminaire. Elles sont présentées sous six actions.

*Action 1 : Prévoir des soins efficaces, accessibles et immédiats, inspirant confiance*

\* Donner la possibilité aux victimes d’un accueil direct dans un centre de santé, une cellule d’écoute, ou bien par l’intermédiaire d’un intervenant sensibilisé. Ce système d’accueil sera uniforme pour toute la communauté.

\* Un examen et traitement médical exécuté par un personnel entraîné selon un protocole univoque. Ce protocole comprend les éléments suivants :

- prévention des maladies, IST et autres
- prévention des grossesses non-désirées
- soins des blessures
- recueil des informations légales selon un système uniforme, élaboré avec la police
- offre d’un soutien et d’une assistance psychologique
- si nécessaire, orientation et organisation du transport vers d’autres niveaux de soins

\* Collecte des preuves médicales si la victime veut entreprendre des démarches judiciaires

\* Organisation d’un suivi adapté au profil du patient. Porter l’importance de ce suivi à la connaissance de la victime, renseigner la victime sur la santé reproductive et les conséquences de la violence sexuelle. Organiser éventuellement des sessions de groupe.

\* Orientation vers d’autres secteurs de prise en charge (sociale et juridique) selon des procédures établies.

\* Développer un guide de prise en charge/prévention pour les médecins et autres professionnels

*Action 2 : Intégration des réfugiés/migrants subsahariens dans la santé publique marocaine*

\* Former un personnel dans les centres de santé et hôpitaux qui sait prendre en charge des réfugiés/trans-migrants : connaissance de l’influence des cultures et origines subsahariennes sur la santé (p. ex. maladies tropicales, expression des symptômes et émotions) ; conscience des difficultés rencontrées pendant le trajet migratoire et l’impact sur long terme ; conscience du contexte de vie au Maroc et les barrières d’accès aux soins.

\* Voir les patients dans leur contexte global et en tenir compte dans leur prise en charge.

\* Organiser une prise en charge des problèmes linguistiques, économiques, administratifs.

\* Sensibiliser : le personnel marocain et les trans-migrants sur les possibilités d’aide.

\* Réfléchir avec le Ministère de la Santé et les associations sur une médiation entre le groupe cible et les centres de santé/hôpitaux.

\* Formaliser l’accès aux soins sous forme d’un rapport officiel du Ministère de Santé marocain.

\* Analyser les autres barrières d’accès aux soins publiques et les réduire.







*Action 3 : Identifier les victimes précoces de violences sexuelles*

- \* Etre conscient des barrières (comme la honte, la peur, la langue, la culture) qui empêchent certaines victimes d’aborder spontanément le sujet de la violence avec le professionnel de santé.
- \* Analyser ces barrières et les réduire.
- \* Prendre conscience de ses propres barrières pour aborder le sujet de violence sexuelle.
- \* Développer une méthode de dépistage, d’identification. Renseigner le personnel de santé sur ces techniques.
- \* Des intervenants, formés et sensibilisés ont une position idéale dans la communauté pour s’engager dans l’identification des victimes de la violence sexuelle. Une communication claire auprès de la communauté concernant les possibilités pour les victimes peut se baser sur ces intervenants (par des sessions en groupe, des dépliants).
- \* Donner réponse immédiate et adéquate après une identification précoce des victimes, ceci pour garder la confiance faite aux services.

*Action 4 : Créer un réseau/structure spécialisé et multidisciplinaire pour aborder le problème des violences sexuelles*

- \* Développer une collaboration entre les personnels travaillant dans les domaines de la santé, de la protection, de l’éducation, etc.
- \* Etablir des réseaux qui comprennent le groupe cible, les intervenants, les centres d’accueil, les centres de santé, la police, la santé publique et des associations spécialisées.
- \* Optimiser les activités et le nombre des centres d’accueil déjà établis.
- \* Intégrer les réfugiés/trans-migrants dans la stratégie nationale pour la lutte contre la violence faite aux femmes.
- \* Identifier les associations marocaines de lutte contre la violence sexuelle qui pourraient accueillir des trans-migrants dans leurs programmes, en collaboration avec les organisations dédiées aux trans-migrants.

*Action 5 : Travail avec du personnel suffisant, divers et spécialisé*

\* Tout le personnel qui entre en contact avec des victimes potentielles de la violence sexuelle doit être formé sur des thèmes comme le genre, la violence sexuelle, la migration, la sexualité, les différences interculturelles. Il faut de la compréhension et du respect dans la manière de vivre la sexualité et la santé reproductive dans les cultures subsahariennes.

\* Les capacités spécifiques :

Intervenants :

- recrutement des intervenants de différentes communautés et langues
- intervenants en confiance avec le groupe cible

Coordination :

Partners in Reproductive Health asbl/ ICRH- Université de Gand - [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)  
Projet de Recherche avec le Soutien de la Loterie Nationale Belge, Créateur de Chances





- capables d'utiliser des techniques de dépistage/d'identification des victimes
- sachant donner un premier accueil psychosocial et moral
- sachant rapporter et orienter correctement vers un centre adapté
- participant aux campagnes de sensibilisation

Médecin/infirmier :

- connaître le protocole de prise en charge urgente de la violence sexuelle
- être conscient de l'importance et de l'urgence d'une prophylaxie
- connaître les procédures de suivi et orientation
- être capable d'utiliser les techniques de dépistage/d'identification des victimes
- suivre une code de conduite spécifique, notamment la confidentialité

\* Diversifier le personnel sur le plan linguistique, ethnique, religieux, sexe, spécialisation, ...

#### *Action 6 : Mieux vaut prévenir que guérir*

\* Collaborer avec des intervenants et de cette manière pouvoir atteindre le groupe cible. Les intervenants sont une source d'information de grande valeur et irremplaçable dans la propagation des messages de sensibilisation et protection.

\* Exercer une pression sur les autorités en rapportant des données collectées.

\* Identifier les facteurs qui contribuent à la vulnérabilité et adapter les campagnes de prévention.

\* Organiser des activités dans le domaine de la santé reproductive. Par ailleurs, les campagnes de sensibilisation et d'information à propos du VIH/Sida peuvent s'élargir aux activités et discussions concernant le genre et la violence liées au sexe. Impliquer aussi les hommes dans ces activités.



### **SYNTHESE DES DEBATS**

(La prise de notes des débats a été assurée par Seline van den Ameele, Bouchra Qmichou et Naima Ezzine)

La présentation des résultats a été suivie d'un débat. Plusieurs participants représentant diverses institutions se sont félicités d'être associés à une telle recherche. Ils ont salué l'utilité et la qualité de la démarche, ainsi que l'importance de poursuivre le débat des recommandations.

Les questions des participants ont porté sur :

- le nom du projet et le terme «trans-migrants».
- le caractère représentatif de l'échantillon a également été questionné, notamment au vu du faible taux de personnes sans logement.
- la présence ou non d'étudiants subsahariens dans l'échantillon.

#### **Coordination :**

Partners in Reproductive Health asbl/ ICRH- Université de Gand - [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)  
Projet de Recherche avec le Soutien de la Loterie Nationale Belge, Créateur de Chances



- la participation des ministères compétents à l'étude.
- le partage des tâches entre les ministères et les associations en matière de prévention.
- la nécessité de renforcer les actions des ONG, en matière de prévention et de suivi juridique des droits des victimes.
- La nécessité d'engager des initiatives dans le domaine de l'éducation.
- La nécessité d'engager des initiatives dans le domaine de l'accès aux soins.

Pour les chercheurs responsables de l'étude, le Maroc est devenu un pays de destination par la force des choses. Le terme « trans-migrants » traduit l'état d'une personne à un moment de son trajet migratoire. Il fait également référence à la non-reconnaissance de son droit de séjour. L'échantillon a été composé avec l'aide des Chercheurs Communautaires. On a dû tenir compte des difficultés d'identification, de contact et des difficultés de langue. Les étudiants en séjour régulier étaient exclus du champ de l'enquête, mais une étude les concernant serait également très intéressante.

L'étude est qualitative et participative, l'échantillon n'est donc pas représentatif, ce qui d'ailleurs est difficile à établir, dans la mesure où le public ciblé est clandestin et caché. Mais compte tenu de la taille de l'échantillon et de la dispersion sociale et géographique des interviewés, on peut dire que l'échantillon est très significatif et contribue à la qualité des recommandations qui doivent être extraites de la recherche.

Toutefois, des biais peuvent exister, par exemple la construction en « grappes » a pu privilégier les personnes les mieux insérées dans des réseaux. Les problèmes les plus aigus sont signalés parmi les personnes isolées et aussi dans les zones frontalières. La violence est principalement le résultat du rapport de force trop déséquilibré entre des personnes vulnérables et des bourreaux qui fonctionnent en dehors de tout contrôle sociétal ou étatique. L'idéal serait qu'un projet s'y intéresse spécifiquement aux zones frontalières par exemple.

Pour que les personnes évoquent les violences subies et acceptent de traiter les conséquences de ces violences, une relation de confiance doit être établie avec les victimes. Les chercheurs communautaires ont pu réaliser cette tâche difficile. Pour ce qui est de la question du traitement, il semble important de s'orienter vers des centres spécialisés qui vont gagner la confiance des victimes.

Selon divers participants, les raisons des violences sont également géopolitiques :

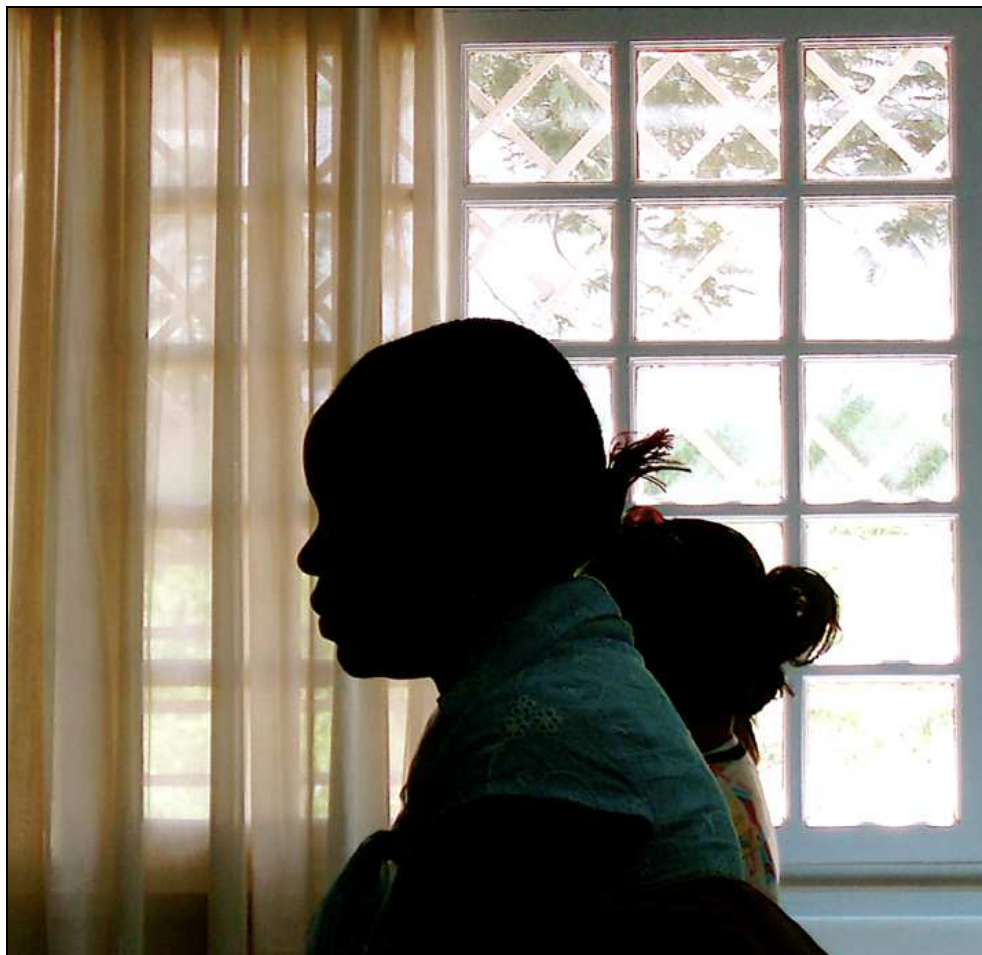
- certains pays ont fermé leurs frontières, ce qui crée l'immigration clandestine.
- il existe des réseaux illégaux qui promettent le paradis sur terre.
- une sensibilisation doit être effectuée au sein des pays d'accueil et d'origine, les personnes doivent être conscientisées sur les dangers.
- le travail des associations et des états doit être coordonné.
- si les irréguliers ne sont pas protégés, leurs enfants sont condamnés à grandir dans la clandestinité : difficultés de scolarisation, d'insertion, etc. On exporte le problème aux générations suivantes.

Selon les chercheurs, c'est précisément là que réside un des intérêts majeurs de ce travail communautaire et participatif. L'étude a pu impliquer tant la société civile que les décideurs, bien que diversement. Ainsi, les ministères sont absents du débat direct, car le sujet reste très sensible,



mais ils observent les résultats des travaux. Toutefois, s’ils avaient mieux coopéré, la qualité de l’échantillon aurait pu être meilleure.

Le volume du travail qui reste à effectuer est encore important. Il s’agit pour les chercheurs d’avancer dans l’analyse et d’identifier les logiques des données et comprendre les mécanismes des violences – dont les mécanismes culturels – en ce qui concerne les trans-migrants. Les remarques du public seront très utiles dans ce sens.



## LISTE DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations proposées par les participants sont présentées de façon synthétique par atelier. Le schéma comprend à chaque fois les niveaux « micro », « méso » et « macro ».

### *Atelier 1 : La santé sexuelle*

#### MICRO (aspects individuels)

- \* Avoir une bonne hygiène de vie
- \* Avoir des toilettes
- \* Veiller à la propreté, aux soins corporels
- \* Savoir se protéger sexuellement

#### Coordination :

Partners in Reproductive Health asbl/ ICRH- Université de Gand - [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)  
Projet de Recherche avec le Soutien de la Loterie Nationale Belge, Créateur de Chances



‘La Route de la Souffrance’  
Rapport des résultats de la recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc :  
un Partenariat Participatif pour la Prévention

- \* Avoir un comportement sexuel responsable
- \* Eviter l’usage de la violence
- \* Respecter certaines valeurs (dignité humaine)
- \* Avoir une conscience morale
- \* Eviter d’avoir des rapports sexuels non protégés en cas de maladies
- \* Ne pas hésiter à s’adresser à des professionnels de la santé

MESO (communautés de vie, dimensions locales et associatives)

- \* Organiser des séances, des séminaires d’information
- \* Favoriser le dialogue au sein de la famille sur la sexualité
- \* Avoir un dialogue au sein du couple
- \* Garantir de bonnes conditions sociales et économiques
- \* Convaincre les familles que la santé sexuelle est une condition de bien-être
- \* Faire connaître les IST
- \* Rendre accessibles les centres de santé
- \* Faire connaître les moyens de prévention (des grossesses involontaires, des IST)
- \* Avoir accès à un contrôle médical régulier
- \* Avoir accès à un traitement en cas de maladie
- \* Intégrer les Subsahariens eux-mêmes dans le processus de la prévention
- \* Orienter les trans-migrants vers les ONG et associations
- \* Lutter contre la discrimination sociale
- \* Proposer un « numéro vert »

MACRO (dimensions nationales et internationales)

- \* Développer une campagne de sensibilisation (médias)
- \* Introduire l’éducation sexuelle dans le programme scolaire, la compléter, l’approfondir
- \* Rendre les préservatifs accessibles
- \* Renforcer et généraliser l’intégration sociale des Subsahariens
- \* Sensibiliser les Subsahariens dans leurs langues, élaborer des matériels
- \* Elaborer une guide de santé sexuelle
- \* Renforcer les lois contre la discrimination raciale
- \* Garantir une couverture médicale à tout individu



## ***Atelier 2 : Prévention de la violence sexuelle***

### **MICRO**

- \* Dénoncer les agressions
- \* Aider les populations à risque de se protéger
- \* Aider à atteindre la santé sexuelle
- \* Rendre accessible l'éducation sexuelle
- \* Impliquer les représentants des communautés migrantes dans la sensibilisation

### **MESO**

- \* Impliquer les ONG locales
- \* Aider les populations à risque à se protéger
- \* Rendre accessibles l'information et la prise en charge des victimes
- \* Elaborer un guide/agenda sur la violence sexuelle
- \* Développer un travail en réseau d'ONG
- \* Standardiser le dépistage (déjà fait au niveau de HCR et OIM)
- \* Standardiser la formation sur la violence sexuelle
- \* Former des éducateurs pairs
- \* Développer un plaidoyer auprès des gouvernements
- \* Appuyer l'ouverture des centres d'accueil, des cellules d'écoute
- \* Intégrer les irréguliers à ces activités

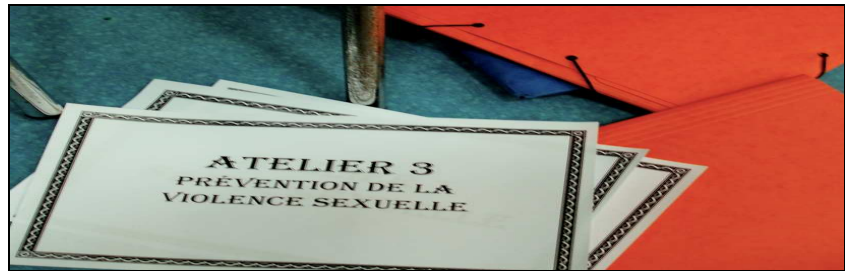
### **MACRO**

- \* Sensibiliser les pays d'origine, de transit et d'arrivée
- \* Informer les populations ciblées avant, durant et après les déplacements
- \* Sensibiliser les médias : diffuser l'information sur les dangers
- \* Sensibiliser les structures scolaires et administratives : informer
- \* Utiliser les forums Internet : orienter vers des structures de prise en charge
- \* Mobiliser des témoignages
- \* Impliquer les décideurs nationaux pour l'abolition des réseaux de prostitution
- \* Garantir aux populations à risque l'accès aux soins et le droit à la santé
- \* Faire la prévention au niveau des zones frontalières
- \* Sécuriser les populations à risque
- \* Mettre publiquement fin à l'impunité des agresseurs
- \* Former la police et les forces armées et à tous les niveaux
- \* Collecter des données sur la violence sexuelle et les rendre disponibles
- \* Installer une politique des besoins primaires et des droits des populations à risque
- \* Impliquer la population migrante dans la prévention en différentes langues





**Atelier 3 :**  
**Rôle du secteur de la santé**  
**dans la prévention**  
**de la violence sexuelle**



**MICRO**

Pour les intervenants en général :

- \* Former et sensibiliser des intervenants spécialisés (des relais) sur la violence sexuelle
- \* Définir les rôles et le code de conduite de l'intervenant spécialisé
- \* Produire du matériel d'information professionnel
- \* Recruter des intervenants de différentes communautés et langues

Pour les médecins :

- \* Former à la gestion de la violence sexuelle
- \* Conscientiser à l'importance et à l'urgence d'une prophylaxie
- \* Développer du matériel professionnel spécifique
- \* Développer une code de conduite spécifique, notamment la confidentialité

**MESO**

- \* Identifier les centres et associations proposant des services en la matière
- \* Organiser le réseau entre les associations offrant divers services
- \* Assurer une prise en charge multidisciplinaire
- \* Informer les associations relevantes sur la problématique des trans-migrants
- \* Intéresser les associations à la problématique des trans-migrants
- \* Regrouper des populations autour des personnes ou centres relais
- \* Créer un groupe/une association des trans-migrants pour l'accompagnement
- \* Créer une association des trans-migrants pour informer le secteur de la santé
- \* Négocier entre associations un protocole de prise en charge et d'orientation
- \* Développer un guide de prévention pour les médecins et autres professionnels
- \* Intégrer les hommes dans les projets

**MACRO**

- \* Rendre accessibles les soins de santé à tous
- \* Sensibiliser les centres de santé à la question des trans-migrants
- \* Introduire la question de la violence sexuelle dans la formation du personnel de santé
- \* Organiser la formation continue des personnels médicaux sur le sujet
- \* Organiser des formations pour intervenants trans-migrants
- \* Appuyer les initiatives qui viennent de la part des trans-migrants
- \* Trouver des ressources financières, en personnel et en matériel pour cela
- \* Pousser les ONG nationales et internationales à intégrer les trans-migrants
- \* Pousser les ONG à collaborer avec les associations les trans-migrants

**Coordination :**

Partners in Reproductive Health asbl/ ICRH- Université de Gand - [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)  
Projet de Recherche avec le Soutien de la Loterie Nationale Belge, Créateur de Chances







## Perspectives

Après le séminaire, l'équipe belge a procédé à l'analyse de tous les entretiens. Ils ont rédigé le Rapport « La Route de la Souffrance. Rapport des résultats de la Recherche : La Violence Sexuelle et Transmigrants Subsahariens au Maroc: Un partenariat participatif pour la Prévention ». Ce rapport donne les résultats de recherche de base qui révèlent premièrement : les données quantitatives finales, deuxièmement : les grandes lignes de l'analyse qualitative de base, et troisièmement : la formulation des recommandations basée sur l'interprétation des résultats présentés lors du Séminaire avec le Conseil Communautaire.

Nous élaborerons l'analyse qualitative vers fin 2009-début 2010. Un processus sera lancé qui aboutira à une série d'articles scientifiques en anglais et en français destinés à des revues spécialisées, ainsi qu'à un ouvrage global en français destiné à un public plus large d'acteurs sociaux. Un séminaire en Belgique sera également organisé lors de l'apparition de cet ouvrage.

Entre Temps, le Conseil Communautaire et les Chercheurs Communautaires ont déjà commencé à nouer des liens au Maroc afin de mobiliser des partenaires déterminants qui pourraient contribuer à la mise en place progressive des recommandations formulés.



### Coordination :

Partners in Reproductive Health asbl/ ICRH- Université de Gand - [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)  
Projet de Recherche avec le Soutien de la Loterie Nationale Belge, Créateur de Chances



## Contacts

### **Ines Keygnaert et Seline van den Ameele**

PRH/ICRH-Université de Gand

De Pintelaan 185 P3

9000 Gent

Tel: +32 (0)9/332.35.64

Fax: +32 (0)9/332.38.67

E-mail :

[seline.vandenameele@ugent.be](mailto:seline.vandenameele@ugent.be)

[Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)

Web : [www.icrh.org](http://www.icrh.org)

### **Dr. Altay A. Manço**

Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations

17 Rue Agimont, 4000 Liège

Tel : +32 (0)4/221.49.89

Fax : +32 (0)4/221.49.87

E-mail : [amanco@irfam.be](mailto:amanco@irfam.be)

Web: [www.irfam.org](http://www.irfam.org)

### **Prof. Abdessamad Dialmy**

Université Mohammed V

BP 1040, 3 Avenue Ibn Battouta

10 000 Rabat, Maroc

Tel : + 212 (0) 661.35.80.91

Fax : + 212 (0) 537.77.13.42

E-mail : [dialmy@menara.ma](mailto:dialmy@menara.ma)

*Photos : Altay Manço*



Partners in Reproductive Health asbl/ ICRH- Université de Gand - [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)  
Projet de Recherche avec le Soutien de la Loterie Nationale Belge, Créateur de Chances



### **Coordination :**

Partners in Reproductive Health asbl/ ICRH- Université de Gand - [Ines.keygnaert@ugent.be](mailto:Ines.keygnaert@ugent.be)  
Projet de Recherche avec le Soutien de la Loterie Nationale Belge, Créateur de Chances

